

Voidaanko lääkettä antaa vai onko lääkettä annettava?

Tekstilaji ja lääkärin työn ohjailu *Akuuttihoito-oppaassa*

Pro gradu -tutkielma
Eeva Kekkonen
Helsingin yliopisto
Suomen kielen, suomalais-
ugrilaisten ja pohjoismaisten
kielten ja kirjallisuuksien laitos
Toukokuu 2019

Tiedekunta/Osasto – Fakultet/Sektion – Faculty Humanistinen tiedekunta		Laitos – Institution – Department Suomen kielen, suomalais-ugrilaisten ja pohjoismaisten kielten ja kirjallisuuksien laitos
Tekijä – Författare – Author Kekkonen, Eeva Elina		
Työn nimi – Arbetets titel – Title <i>Voideaanko lääkettä antaa vai onko lääkettä annettava?</i> Tekstilaji ja lääkärin työn ohjailu <i>Akuuttihoito-oppaassa</i>		
Oppiaine – Läroämne – Subject suomen kieli		
Työn laji – Arbetets art – Level Pro gradu -tutkielma	Aika – Datum – Month and year Toukokuu 2019	Sivumäärä– Sidoantal – Number of pages 77 sivua + 3 sivua liitteitä
<p>Tiivistelmä – Referat – Abstract</p> <p>Suomen kielen alaan kuuluvassa tutkielmassa eritellään ja kuvataan sitä, millaiset kielelliset piirteet luonnehtivat lääkäreille tarkoitetun <i>Akuuttihoito-oppaan</i> (Kustannus Oy Duodecim, 2018) tekstilajia, sekä analysoidaan oppaassa lukijan ohjailuun käytettyjä kielellisiä keinoja. <i>Akuuttihoito-opas</i> koostuu 288 erillisestä artikkelista, joista tekstin aiheeseen liittyvän karkean lajittelun perusteella analyysin kohteeksi on rajattu 32 tekstiä.</p> <p>Tutkielma on luonteeltaan deskriptiivinen ja kvantitatiivinen. Tutkimuksen teoriakehyksenä toimii systeemis-funktionaalinen teoria, ja tutkimuksessa käytetään tekstintutkimuksen ja diskurssianalyysin keinoja. Ohjailukeinojen analyysissa hyödynnetään myös kielipöin perinteisiä kuvaustapoja modaalisuuden jäsentämisessä.</p> <p>Analyysissa käy ilmi, että teksteistä ei pääsääntöisesti ole osoitettavissa vakio- muotoista kokonaisrakennetta, mutta tekstit rakentuvat asioiden tyyppillisen esittämisjärjestyksen varaan. Luetelma- muotoisten tekstien koherenssi nojaa vahvasti otsikointiin ja luetelmamuotoon, ei niinkään eksplisiittisesti ilmaistuihin koheesiokkeinoihin, ja ilman täydentävää kontekstuaalista tietoa sen tulkitseminen koherentiksi on vaikeaa. Tällainen rakenne kuitenkin mahdollistaa ekonominen kirjoittamisen silloin, kun lukija jakaa riittävästi yhteistä tietoa kirjoittajan kanssa.</p> <p>Analyysissa havaitaan, että kielipöinllisten metaforien käyttö kytkeytyy oleellisesti lauseiden informaatorakenteeseen sekä diskurssiyhteisön tapaan käsitteistää ympäröivää todellisuutta. Kielipöinlliset metaforat myös mahdollistavat informaation ilmaisemisen tiivistä. Toisaalta myös aineistossa ilmenevä passiivin ja muiden yksipöinsoonaisten rakenteiden runsas käyttö vaikuttaa informaatorakenteeseen.</p> <p>Analyysissa havaitaan myös, että modaalisuuden eri lajien suhteen vallitsee selvä työnjako ainakin modaali-verbien osalta: suurin osa dynaamisesta ja episteemisestä modaalisuudesta viittaa mahdollisuuteen pikemmin kuin varmuuteen, ja välttämättömyyttä ilmaiseva deonttisuus on huomattavasti yleisempää kuin luvallisuutta ilmaiseva. Tutkielmassa nimitetään ohjailun keinojen kahtalaisuutta har- kintaan ohjaamiseksi ja toimintaan ohjaamiseksi. Nesessiivisiä rakenteita käytetään erityisesti ilmaise- maan klinisen työn normeja, ja tällainen käyttö viittaa lääkärin työn institutionaaliseen luonteeseen.</p> <p>Kielellisen ohjailun keinojen valinta selittyneekin oppaassa annettujen ohjeiden taustalla vaikut- tavan tieteellisen tiedon ja kirjoittajan siihen suhteuttaman oman käytännön kokemuksensa yhteisvai- kutuksesta. Kirjoittaja poimii tieteellisestä tiedosta oman ymmärryksensä ja käytännön kokemuksensa perusteella relevantiksi katsomansa osan ja sen jälkeen asettaa tiedon kielellisten ohjailukeinojen avulla joko harkittavaksi tai toimintaan velvoittavaksi.</p>		
Avainsanat – Nyckelord – Keywords Tekstilaji, ohjailu, direktiivisyys, modaalisuus, lääketiede, lääketieteellinen diskurssi		
Säilytyspaikka – Förvaringställe – Where deposited Helsingin yliopisto, suomen kielen, suomalais-ugrilaisten ja pohjoismaisten kielten ja kirjallisuuksien laitos		
Muita tietoja – Övriga uppgifter – Additional information		

Sisällys

1. Johdanto	1
1.1 Tutkimuskysymykset ja aiheen raja	2
1.2 Aineisto	3
1.2.1 Aineiston esittely	3
1.2.2 Aineiston valinta ja raja	5
1.3 Tutkielman rakenne	7
1.4 Aiempi tutkimus aiheesta	7
2. Teoreettinen tausta ja tutkimusmenetelmät	9
2.1 Diskurssiyhteisö ja sen tekstilajit	10
2.2 Ohjailevat tekstit ja direktiivit	14
2.3 Tutkimusmenetelmät	16
3. Tekstilajin ja tekstin rakentuminen <i>Akuuttihoito-oppaassa</i>	18
3.1 Tekstilajin piirteet	18
3.2 Artikkelien tekstuaalinen rakentuminen	22
3.3 Luetelmamuodon erityispiirteitä	26
3.4 Kieliopillisten metaforien vaikutukset informaatorakenteeseen	33
3.5 Henkilöviitteiden puuttuminen ja persoonamuodon valinta	37
4. Direktiiviset ohjailukeinot	43
4.1 Imperatiivi	44
4.2 Modalisuus	46
4.2.1 Modalisuuden keinot aineistossani	47
4.2.2 Harkintaan ohjaava modalisuus	49
4.2.2.1 Modaaliverbit mahdollisuuden ilmaisijoina	49
4.2.2.2 Mahdollisuusrakenne	52
4.2.2.3 Muu harkintaan ohjaava modalisuus	54
4.2.3 Toimintaan ohjaava modalisuus	55
4.2.3.1 Verbit <i>voida</i> ja <i>saada</i> deonttisessa käytössä	57
4.2.3.2 Nesessiiviverbit	59
4.2.3.3 Velvoittavuutta ilmaisevat verbirakenteet	63
5. Päätelmät	66
6. Pohdinta	68
7. Lähteet	70
Liite. Esimerkki <i>Akuuttihoito-oppaan</i> artikkelista painetussa kirjassa	78

1. Johdanto

Lääketieteellisen tiedon tarkoituksena on sekä edistää tieteenalan kehitystä että viime kädessä hoitaa potilaita parhaalla mahdollisella tavalla näyttöön perustuvan lääketieteen (evidence-based medicine, EBM) periaattein. Lääketieteellinen tieto kasautuu tieteellisten julkaisujen ja hoitokäytäntöjen koetteluun kautta, ja lääketieteelliseen julkaisemiseen kuuluukin erityinen tieteellisen artikkelin tyyppi, kirjallisuuskatsaus, joka summaa yhteen useista, jopa sadoista kliinisistä tutkimuksista saadut hoitotulokset (Pasternack 2007: 56). Kuitenkin käytännön päätöksenteossa on mahdotonta käydä läpi mittavaa kirjallisuutta, joten kliiniseen työhön tarvitaan yksiselitteiset toimintaohjeet.

Eräs käytännön toimintaohjeita antava teos on Kustannus Oy Duodecimin julkaisema *Akuuttihoito-opas*, joka ilmestyi ensimmäisen kerran jo vuonna 1981, silloin tosin Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin kustantamana ja nimellä *Meilahden sairaalan akuuttihoito-opas*. *Akuuttihoito-opas* annetaan käytännönläheiset toimintaohjeet akuuttien tilanteiden ja sairauksien diagnostiikkaan ja hoitoon. Monissa näistä tilanteista tilanteen nopea arviointi ja hoidon välitön aloittaminen parantavat oleellisesti hoidon tulosta, joten ohjeiden kielellisellä muotoilulla on merkitystä – nimittäin kriittisesti sairaan potilaan selviytymisen kannalta.

Akuuttihoito-opas on jo nimensä mukaan tietyn aihealueen opas, ja painetun kirjan takakansitekstissä kerrotaan, että: ”Opas auttaa määrittämään toimenpiteiden ja tutkimusten kiireellisyyttä ja ohjaa hyvien hoitokäytäntöjen mukaiseen toimintaan päivystystilanteessa.” Näin ollen se on siis tunnistettavissa oppaaksi ja ohjailevaksi tekstiksi, mutta se ei juurikaan muistuta prototyyppistä instruktivista tekstiä, kuten vaikkapa ruokareseptiä. Oppaan kirjoittajat ja käyttäjät tunnistavat sen selvästi oppaaksi, mutta millä perustein? Ja toisaalta millaisilla kielellisillä keinoilla tieteellisestä tiedosta muokataan käytännön ohje?

Vaikka lääkärin työ edelleenkin perustuu pitkälti tekemällä ja mallista oppimiseen, erilaiset tarkistuslistat ja pikaohjeet yleistyvät, kun tietoa on saatavilla valtavasti ja tutkimusraporttien kieli on käytännön lääkärille hankalaa (Pasternack 2007: 55). Lääkärin käytännön työn helpottamiseksi kehitetään myös erilaisia tutkimustietoon perustuvia sähköisiä päätöksentuen ohjelmia, jotka yhdistävät tutkimusraporttien antamaa dataa, potilastietoa eri järjestelmistä ja lääkärin antamia esitietoja. Ohjelmat muistuttavat lääkäreitä esimerkiksi tiettyjen laboratoriotutkimusten tärkeydestä, antavat diagnoosivaihtoehtoja tai varoittavat yhteensopimattomista lääkityksistä. Tutkimustieto ohjailee lääkärin työtä, mutta miten lääkäriä ohjaillaan?

1.1 Tutkimuskysymykset ja aiheen raja

Akuuttihoito-oppaan käyttäjille tehtyjen kyselyjen vastauksissa opasta verrataan toistuvasti keittokirjaan. Kuten keittokirjoissa, myös lääkärielle tarkoitetuissa kliinisen työn ohjeissa yhdistyy sekä kirjallinen ohjaileva teksti että siihen liittyvä käytännön toiminta. Ohjeen toteuttaminen vaatii kuitenkin tekstin ymmärtämisen lisäksi runsaasti tekstinulkoista tietoa niin kehyksestä, johon ohje sijoittuu, kokemusta aiemmista tilanteista, yleisten hoitoperiaatteiden tuntemista, tiedon sovellettavuudesta kyseiseen tilanteeseen sekä toimintamalleja, joiden mukaan ohje toteutetaan käytännössä. Ohjetta lukiessa aktivoituu siis paljon sellaista tietoa, jota siinä ei kerrota ja joka tulee tietää – siis se, kuinka päästään kirjoitetusta ohjeesta käytännön toteutukseen. Osa tätä kehystä on kuitenkin se, kuinka ohje on kielellisesti rakennettu ja millä kielellisillä keinoilla lukijaa toisaalta pyritään ohjaamaan käyttämään omaa harkintaansa ja täydentävää tietoaan ja toisaalta toteuttamaan annetut velvoitteet tai käskyt.

Tutkielmassani minun on tarkoitus esitellä *Akuuttihoito-oppaan* tekstien hyvin erikoistunutta tekstilajia ja sen kielellisiä piirteitä, jotka luonnehtivat näiden tekstien ominaislaatua tieteen ja käytännön risteyskohdassa. Kuvaan tarkemmin tutkimukseni etenemistä luvussa 1.3.

Pyrin antamaan kokonaiskuvan tekstilajista ja sen piirteistä, mutta koska aiempi tutkimus tämännäntyyppisestä tekstistä puuttuu lähes tyystin, työni on väistämättä hieman hajanainen ja pyrkii enemminkin esittelemään tekstilajia ja siinä käytettyjä kielellisiä keinoja kuin muodostamaan teoreettista kuvausta tekstilajista. Lisäksi en käsittele tässä kirjoittajan näkökulmaa tekstin tuottajana ja hänen tiedostettuja tai tiedostamattomia valintojaan tai tekstin vastaanottoa lukijan kannalta.

Nämä olisivat mielenkiintoisia ja omaa työtäni täydentäviä näkökulmia, mutta tekstianalyysin lisäksi nämä olisivat vaatineet haastattelututkimusta ja itse kirjoitusprosessin seuranta. Rajaan tutkimukseni niihin seikkoihin, jotka tekstianalyttisin keinoin ovat saavutettavissa.

Tutkimuskysymykseni olen muotoillut seuraavasti:

1. Millaisia toistuvia rakenteellisia ja kielellisiä piirteitä on osoitettavissa tällaisesta tekstistä?
2. Millainen on oppaan tekstilaji?
3. Kuinka teksti tukee ja ohjaa lääketieteen ammattilaisen käytännön toimintaa *Akuuttihoito-oppaan* artikkeleissa?

1.2 Aineisto

Tarkoitukseni on tutkia *Akuuttihoito-oppaan* tekstilajia ja sen erityispiirteitä lääkärin työn ohjailun kannalta. Esittelen seuraavaksi *Akuuttihoito-opasta* teoksena¹, ja kerron aineistoni valinnasta ja sen rajauksista.

1.2.1 Aineiston esittely

Akuuttihoito-opas on lääkärien kirjoittama ja lääkäreille tarkoitettu ammatillinen tekstikokonaisuus, jota Kustannus Oy Duodecim julkaisee sekä painettuna kirjana että internetissä olevana tietokantana. Verkkoversion sisältö tarkistetaan vuosittain, ja siitä näkyvin osa lukijalle on artikkelin päiväyksen muuttaminen. Tämä antaa oppaan käyttäjälle tiedon, minkä ajankohdan tietoihin suositellut käytännöt perustuvat. Painettu kirja aineistosta tehdään noin kolmen vuoden välein.

Akuuttihoito-oppaalla on toimituskunta, joka kokoontuu neljästä viiteen kertaan vuodessa, ja toimituskunta valitsee oppaan kirjoittajat ja päättää oppaassa käsiteltävät aiheet. Toimituskunta myös muokkaa tekstejä yhdessä kirjoittajien kanssa ja hyväksyy julkaistavat tekstiversiot. Toimituskunnan vastuulla on myös oppaan kehittäminen pidemmällä aikavälillä ja sen sisällön periaatteelliset painotukset akuuttihoitoerikoisalalla.

Nykyisin *Akuuttihoito-oppaassa* on 145 kirjoittajaa, jotka edustavat lääketieteen eri erikoisaloja. Yhdellä artikkelilla on yhdestä kolmeen kirjoittajaa, ja kirjoittajat sopivat keskenään, kuinka kirjoitusvastuu jakautuu ryhmän kesken.

Akuuttihoito-oppaan kirjaversio koostuu 288 yksittäisestä tekstistä. Kutsun niitä tässä työssä artikkeleiksi, koska ne muistuttavat ilmiänsuhtaan esimerkiksi lehdistä tuttua artikkelin mallia: otsikointi on tiheää ja tekstikappaleet lyhyitä, kirjoittajat mainitaan heti otsikon alla ja osa tiedosta voidaan esittää taulukossa, opas sisältää myös jonkin verran kuvia. Tämän tutkielman liitteenä on yksi artikkeli (3.48 Proarytmia eli lääkkeen aiheuttama rytmihäiriö) kokonaisuudessaan, josta voi saada käsityksen, millaisia oppaan artikkelit ovat. Liite käsittää painetun kirjan sivut, joille artikkeli sijoittuu.

Toisaalta esimerkiksi tieteellisistä artikkeleista *Akuuttihoito-oppaan* tekstit eroavat melkoisesti. Akateemiselle tutkimusartikkelille tyypilliset piirteet, kuten metateksti, lähdeviitteet ja pohdinta puuttuvat täysin, eikä artikkelin rakenne perustu tieteellisen artikkelin malliin, vaan rakenteen määräävin järjestämisperuste on kliinisen työn eteneminen.

Artikkelit on jaettu lääketieteellisiin perusteisiin kahteenkymmeneen lukuun, jotka on otsikoitu erikoisalan perusteella, esimerkiksi Kardiologia, Nefrologia ja urologia sekä Neurologia. Lisäksi painetun kirjan alussa on kaksi muista selvästi eroavaa lukua Hätätilapotilaan hoito ja Elvytys ja elvytetyn poti-

¹ *Akuuttihoito-oppaan* toimitus- ja julkaisukäytäntöjä koskevista tiedoista sekä muusta tekstinulkoisesta opastuksesta kiitän kustannustoimittaja Kirsi Haikaraista, joka on työskennellyt oppaan hyväksi yli 20 vuotta.

laan jatkohoito: nämä tilanteet on perustellusti erotettu omiksi kokonaisuuksikseen muista artikkeleista siksi, että tilanteissa, joita lukujen artikkelit käsittelevät, on kyse aina henkeä vakavasti uhkaavasta tilanteesta.

Tällainen käytäntö heijastaa diskurssiyhteisön tapaa luokitella asioita ja kantaa jo itsessään merkitystä: se toimii etenkin paperista kirjaa käytettäessä tiedon ensimmäisenä jäsenyyksenä ja ohjaa lukijaa hakemaan etsimäänsä ohjetta oikeasta osasta kirjaa. Verkkoversiossakin sama jaottelu on tietokannan rakenteessa, mutta Kustannus Oy Duodecimissa tehtyjen käyttäjäkyselyiden perusteella tiedetään, että verkkoversiossa tietoa etsitään useammin hakukentän avulla kuin oppaan sisällysluettelon kautta tai artikkeleita numerojärjestyksessä selaamalla.

Artikkelien nimet on numeroitu. Numerointi toimii artikkelien välisten viittausten perusteena (merkitään *ks. xx.xx* tai *ks. myös xx.xx*), ja verkkoversiossa näissä kohdissa on linkitys sähköisestä artikkelista toiseen.

Kirjoittajien nimet mainitaan artikkelin otsikon alla, kuten yleisesti tieteellisissä artikkeleissa. *Akuuttihoito-opas* on kuitenkin siinä mielessä erikoinen aineisto, että vuosien kuluessa tietyn artikkelin kirjoittajat saattavat muuttua useastikin kirjoittajien jäädessä eläkkeelle tai siirtyessä toisiin tehtäviin, mutta teksti saattaa pysyä pienin päivityksin suhteellisen samana.

Tämä lienee tyypillisempää työelämän teksteille, esimerkiksi sisäisille ohjeille tai käsikirjoille, kuin tieteellisille artikkeleille. Vaikka kirjoittajat onkin artikkelin alussa mainittu, käytäntö kertoo enemmänkin siitä, että artikkelin sisällön päivitys on kulloinkin tiettyjen henkilöiden vastuulla kuin varsinaisesta kontribuutiosta tieteellisessä mielessä.

Työelämätekstin piirteet paistavat läpi myös käyttäjien tarpeissa, joihin opas pyrkii vastaamaan. Sairaalaorganisaatioissa on kautta aikain kirjoitettu tämäntyyppisiä ohjeita sisäisistä käytännöistä ja hoitosuosituksista. Näiden ohjeiden päivittäminen usein kuitenkin unohtuu, eikä niitä välttämättä ole helppo löytää kanslioista tai osastoilta. Säännöllisesti päivittyvä ja asiantuntijoiden toimittama aineisto on ammattilaisten saatavissa Kustannus Oy Duodecimin julkaiseman *Terveysportti*-palvelun kautta missä tahansa toimipisteessä, samasta internet-osoitteesta www.terveysportti.fi.

Hoito-ohjeissa pyritään valtakunnalliseen konsensukseen ja ohjaamaan toimintaa kaikkialla kansallisten suositusten mukaiseksi. Näin myös potilaiden turvallisuus ja yhtenäinen käytäntö kaikissa hoitopaikoissa voidaan turvata. Keskitetyt ohjeet myös vähentävät työtaakkaa kussakin yksittäisessä organisaatiossa, ja ajantasainen tieto saavuttaa ammattilaiset tasaisesti. Sosiaali- ja terveysalan muutosten myötä lääkäreiden liikkuvuus on myös lisääntynyt, jolloin työpaikkakohtaiset ohjeet ovat menettäneet merkitystään.

Akuuttihoito-oppaan kohderyhmä on karkeasti jaoteltuna kahtalainen, ja käyttötilanteet ja samalla myös oppaan julkaisumuotojen tarkoitukset eroavat. Oppaan kirjaversiota käyttävät erityisesti opiskelijat ja kandidaattivaiheessa ensimmäistä kertaa työelämään siirtyvät kerratakseen opiskeltuja

asioita etukäteen sekä tarkistaakseen jonkin tilanteen jälkeen, miten suoriutuivat tilanteesta tai tietyn potilaan hoidosta.

Verkkoversiota taas käyttävät jo työelämässä olevat ammattilaiset pikaisiin tarkistuksiin esimerkiksi kesken potilaan hoidon: nämä käyttäjät tietävät jo valmiiksi diagnostiikan ja hoidon periaatteet, mutta opas toimii muistin tukena esimerkiksi lääkeannosten ja erotusdiagnoistiikan suhteen eräänlaisena tarkistuslistana, ”tulihan kaikki mahdollisuudet huomioitua”.

Etenkin jälkimmäisen ryhmän kannalta tiedon nopea löydettävyyys on käyttötilanteen kannalta oleellista, mutta myös oppaan tekstilajin ja rakenteen tulee tukea silmäilyn helppoutta ja huomion kiinnittymistä käyttäjän kannalta oleelliseen informaatioon.

1.2.2 Aineiston valinta ja rajaus

Aineistoni koostuu sellaisista *Akuuttihoito-oppaan* artikkeleista, jotka ovat ilmestyneet sekä verkkoversiossa että kirjassa, koska nämä artikkelit muodostavat oppaan ytimen. *Akuuttihoito-oppaassa* on vain verkkoversiossa ilmestyviä artikkeleita, ja kirja sisältää myös sellaisia artikkeleita, jotka ovat osa toista julkaisua (*Myrkytysten hoito*), mutta etenkin ainoastaan verkkoversiossa ilmestyvät artikkelit käsittelevät usein harvinaisia tai muutoin akuuttihoitoon reuna-alueille kuuluvia sairauksia tai tiloja.

Otokseen kuului yhteensä 288 artikkelia, jotka lajittelin pääpiirteittäin seitsemään funktionaaliseen ryhmään. Lajitteluperusteena käytin karkeaa sisällöllistä jakoa siitä, mitä klinisen työn osaa aluetta niissä käsitellään. Jakauma on nähtävissä taulukossa 1.

Taulukko 1. Aineiston lajittelu funktionaalisten ryhmien mukaan.

Sisältötyyppi	Lukumäärä otoksessa
Sekä jonkin tietyn sairauden tai tilan diagnostiikka että hoito	106
Vain jonkin tietyn sairauden tai tilan diagnostiikka	48
Vain jonkin tietyn sairauden tai tilan hoito	76
Oirelähtöinen artikkeli	13
Toimenpide	10
Lääkkeen anto	11
Muut	24

Ryhmäjako ei välttämättä ole aivan näin selvä, ja palaan erityyppisten artikkelien ominaispiirteisiin luvussa 3.2, jossa analysoin tarkemmin artikkelien rakennetta.

Alun perin ajatuksenani oli tutkia ohjailukeinojen esiintymistä osana artikkelin kokonaisrakennetta ja erityyppisissä artikkeleissa esiintyviä vakimuotoisia toimintajaksoja. Tutustuttuani tarkemmin aineistoon havaitsin, että osassa tiettyä sairautta käsittelevistä artikkeleista diagnostiikka on jaettu useampaan artikkeliin, osassa taas hoito. Omana ryhmänään erottuvat artikkelit, joissa sekä diagnostiikkaa että hoitoa käsitellään samassa artikkelissa. Näiden lisäksi oppaassa on artikkeleita, jotka eroavat sekä teemansa puolesta että rakenteeltaan sairausartikkeleista, ja sairausartikkeleissakin rakenne on varsin vaihteleva. Kuitenkin nämä kaikki voidaan tulkita ohjaileviksi teksteiksi. Nämä havainnot kiinnittivät huomioni tarkemmin tekstilajiin ja sen erityispiirteisiin.

Päädyin siis muuttamaan tutkimukseni suuntaa. Ohjailukeinojen rinnalle tutkimuskohteeksi nousi oppaan tekstilajin kuvaaminen ja sen tehtävä omassa käyttäjäkunnassaan. Tästä kirjasta on nimittäin sanottava, että lukijakunta ei luonnehdi lainkaan niin hyvin sitä yhteisöä, jolle oppaalla on päivittäistä tarvetta.

Rajasin funktioltaan epäselvät, ryhmään muut kuuluvat artikkelit ulkopuolelle. Sen jälkeen tein artikkeleista niiden numeeriseen järjestykseen liittyvän poiminnan niin, että aineistoni kattaisi suunnilleen kymmenesosan otoksesta mutta kuitenkin kutakin tyyppiä olisi suunnilleen yhtä monta, määrä ei siis ole suhteessa aineistossa kutakin ryhmää edustavien artikkeleiden määrään. Pelkästään diagnostiikkaa käsittelevistä artikkeleista otin mukaan myös niihin suoraan, otsikon perusteella liittyvät hoitoa käsittelevät artikkelit. Näin sain aineistoni 32 artikkelia.

Tämän tutkielman esimerkeissä viitataan aineistoni artikkeleihin esimerkin perässä hakasulkeissa olevalla numerokoodilla – nämä vastaavat *Akuuttihoito-oppaan* vuoden 2018 painoksen artikkelinumerointia.

Vaikka *Akuuttihoito-oppaan* julkaisualustana toimiva aineistokokonaisuus *Akuuttihoidon tiedokannat* käsittää muitakin päivystys- ja akuuttilanteita käsitteleviä aineistoja, rajaan selvyiden vuoksi käsittelyni tähän yhteen teokseen.

Toisaalta myös käyttäjäkunnaltaan *Akuuttihoito-opas* on tarkoitettu selvästi laajimmalle yleisölle, kun taas esimerkiksi *Tehohoito-opas* on suunnattu selvästi pienemmälle kohderyhmälle. Näin ollen *Akuuttihoito-oppaan* prototyyppiseksi käyttäjäksi voidaan hahmottaa kuka tahansa lääkäri, joka joutuu työssään hoitamaan akuutteja, henkeä uhkaavia tilanteita, joissa diagnostiikan merkitys ja hoidon kiireellinen ajoitus ovat potilaan selviytymisen kannalta oleellisia.

En käsittele tässä työssä muita Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Kustannus Oy Duodecimin tuottamia, lääkärien käyttöön tarkoitettuja luetelmamuotoisia aineistoja, kuten *Lääkärin tiedokantoja* tai *Käypä hoito -suosituksia*, koska ne eroavat sekä rakenteeltaan että käyttötarkoitukseltaan opasmuotoisista teksteistä.

1.3 Tutkielman rakenne

Aloitan työni esittelemällä työni kannalta olennaista teoreettista taustaa diskurssiyhteisön ja tekstilajin kautta. Sen jälkeen hahmotan, kuinka kirjoitetuissa teksteissä esiintyvää ohjailua, direktiivejä ja modaalisuutta, on teoreettisesti jäsennetty, ja miten nämä teoriat liittyvät omaan työhöni. Tämän jälkeen esittelen aineistoni analysoinnissa käyttämäni menetelmät.

Aloitan analyysiosani hahmottelemalla oppaan artikkelien tekstilajia, funktiota sekä diskurssiyhteisöä, jonka käytössä *Akuuttihoito-oppaalla* on erityinen kommunikatiivinen ja toiminnallinen tarkoitus. Sen jälkeen käsittelen artikkelien rakennepiirteitä sekä luetelmamuodon erityispiirteitä, jotka piirtävät kuvaa artikkelien kielellisistä käytännöistä tekstin tasolla.

Seuraavaksi valotan lauseen tasolla tapahtuvia ilmiöitä, kuten runsaiden nominaalistuksien vaikutusta informaatorakenteeseen. Joitakin lausetason ilmiöitä, kuten passiivin runsasta käyttöä ja persoonan häivyttämistä sekä perustelujen puuttumista, käsittelen tässä yhteydessä siinä määrin kuin se on työni kannalta tarpeellista.

Interpersoonaisuutta käsittelevään osuuteen työssäni kuuluvat tekstin direktiivisyyden ja erilaisen ohjailukeinojen analysoiminen. Tarkastelen tarkemmin tässä kielellisiä keinoja, erityisesti modaalisuutta, joilla toisaalta ohjataan lukijaa harkitsemaan ja toisaalta veloitetaan toimimaan. Tämä osuus pureutuu työni kannalta oleellisimpaan tutkimuskysymykseen, ohjailuun, ja siksi se on muita osia yksityiskohtaisempi.

Useissa tutkimuksissa (esim. Luukka 1992, Salmi-Tolonen 1992; myös Halliday 1978) passiivin käytön katsotaan olevan vuorovaikutuksellinen valinta ja se luetaan siten interpersoonaiseen alaan, mutta oman tutkimukseni kannalta tulkitsen sen johtuvan enemmänkin tekstilajin, diskurssiyhteisön ja käyttökontekstin piirteistä. Siksi käsittelen sitä näiden piirteiden yhteydessä.

Lopuksi kokoan yhteen tutkimukseni oleelliset tulokset ja esitän niitä koskevia pohdintoja sekä sijoitan tutkimukseni laajempaan kontekstiin.

1.4 Aiempi tutkimus aiheesta

Viinikka (2011: 3–4) on tutkimuksessaan ansiokkaasti kartoittanut lääketieteen kielestä sekä Suomessa että ulkomailla tehtyä tutkimusta. Hänen mukaansa lääketieteen kieltä on tutkittu erityisesti potilaan ja lääkärin vuorovaikutuksen kannalta keskusteluntutkimuksen keinoin (esim. Wodak 1997, Peräkylä 1998 ja 2002, Haakana 1999, Raevaara 2000, Ruusuvuori 2000, Heritage ja Maynard 2006, Korpela 2007).

Lääketieteen kieltä on tutkittu erityisesti akateemisissa yhteyksissä, kuten tieteellisten artikkelien rakenteen ja toisaalta tieteellisen kirjoittamisen opetuksen kannalta (ks. esim. Swales 2004). Lääkärin välistä suullista tai kirjallista vuorovaikutusta muutoin kuin tieteellisten artikkelien kautta on tutkittu pääasiassa joko sosiologian tai diskurssianalyysin piirissä (esim. Anspach 1988, Atkinson 1995).

ja 1999, Cicourel 1999, Cook-Gumperz ja Messerman 1999, Erickson 1999, Vehkakoski 2000 ja 2006, Iedema 2007) ja vähemmän kielitieteelliseltä kannalta (ks. kuitenkin Fleischman 1999, 2001).

Kieltä, jota lääketieteen ammattilaiset käyttävät akateemisissa yhteyksissä, on tutkittu melko paljon diskurssianalyysin viitekehyksessä. Kirjoitetun lääketieteen kielen diskurssin tutkimuksessa on ollut vallalla kaksi suuntaa: toinen keskittyy tieteelliseen kirjoittamiseen lääketieteessä ja toinen muodon ja sisällön suhteeseen (kieli vs. aihe). Suuri osa tutkimuksesta on ollut kvantitatiivista tutkimusta tietyistä sanastollisista ja kieliopillisista piirteistä, kuten modaalisuudesta (Vihla 1999), varausten esittämisestä (Salanger-Meyer 1994), nominaalisista lausekkeista (Salanger-Meyer ym. 2006) ja siitä, kuinka kirjoittajat jäsentävät ja esittävät ajatuksiaan tietyissä osissa tekstiä (Salanger-Meyer 1994, Koskela 1997). Toinen laajempi tutkimuskohde on ollut tekstien kielelliset piirteet ja niiden tuottama vaikutelma, kuten yleinen huomio lääketieteen kielestä neutraalina, taloudellisena ja persoonattomana tai potilaan ja lääkärin tekstuaalinen esittäminen eri tekstilajeissa – näitä on tutkittu erityisesti korpusanalyysin keinoin. (Murawska 2010b: 311–312.) Hyviä koosteita lääketieteen diskurssin aiemmasta tutkimuksesta on esimerkiksi Murawksalla (2010a: 77–78, 2010b: 311–312) sekä Gottilla ja Salanger-Meyerillä (2006).

Erilaisten hoitosuosittelujen toimeenpanoa, juurruttamista ja vaikutuksia käytännön työhön on tutkittu näyttöön perustuvan lääketieteen periaatteiden motivoimana: nämä tutkimukset ovat tehneet yleensä kansainväliset – ja lääkäreistä koostuvat – työryhmät, jotka arvioivat suositusten vaikutuksia lääketieteellisten ja kansanterveydellisten seikkojen kannalta, joskin kielelliseltä kannalta huolestuttavaa on, että laajassa kirjallisuuskatsauksessa todetaan, että tärkeimmät syyt hoitosuosituksen käyttöönoton epäonnistumisessa liittyvät suosituksen muotoon, kieleen ja käytettävyyteen (Cochrane ym. 2007), ja edelleen toisessa tutkimuksessa todetaan kielen ja suosituksen muodon todetaan olevan tärkeässä roolissa sen omaksumisen ja käytettävyyden kannalta (Gupta ym. 2016). Näin ollen suositusten tarkastelu myös kielen kannalta olisi varsin motivoitua.

Tutkimukseni jatkaa toisaalta fennistiikassa esiintynyttä suuntausta tutkia ammatillisia tekstejä, niissä ilmenevää diskurssia ja tietyn diskurssiyhteisön käyttämiä tekstilajeja (esim. Mäntynen 2003, Tiililä 2007, Viinikka 2011) ja toisaalta liittyy ammatillisissa tai akateemisissa teksteissä esiintyvään interpersoonaiseen funktioon erityisesti direktiivien ja ohjailun kautta (esim. Luukka 1992, Honkanen 2012b, Koskela ja Katajamäki 2012, Lauranto 2015, Revitzer 2016, Attila 2017).

Oman työni kannalta oleellisia modaalisuutta käsitteleviä tutkimuksia ovat olleet Vihlan (1999) tutkimus modaalisuudesta englanninkielisissä lääketieteellisissä teksteissä sekä erilaisia velvoittavia rakenteita käsittelevät tutkimukset: erityisesti nesessiiviverbien osalta Laitinen (1992, 1993), nesessiivirakenteista ohjailevassa tekstissä Sääskilahti (2006, 2009) sekä tarkemmin rajatusti mahdollisuus- ja välttämättömyysrakenteesta Pekkarinen (2011). Modaalisuutta on tutkittu myös retoriikan, erityisesti

evaluoinnin, kannalta tieteellisissä teksteissä, mutta näissä teksteissä kommunikatiivinen tehtävä on toinen kuin ohjailevissa teksteissä.

Eräs aineistoni tekstilajille tyypillinen piirre on luettelamuotoisuus. Multimodaalisena diskurs-sintutkimuksena tunnetussa teoriassa (esim. Kress ja van Leeuwen 2006) on analysoitu kielen lisäksi tarkemmin myös tekstin visuaalisia elementtejä, kuten kuvia ja niiden sijoittelua sekä tekstin taittoa, ja niiden tapaa rakentaa suhdetta lukijaan. Luetteloiden käyttöä osana muuta tekstiä on tutkittu jonkin verran (esimerkiksi Powerpoint-tiedostojen osana, Ledin ja Machin 2015, 2016), mutta kokonaan luetteloksi muotoillun tekstin kielitieteellistä tutkimusta en ole löytänyt.

Lähimpänä omaa aineistoani muodon kannalta ovat tutkimukset, joissa on tutkittu käyttöohjeita tai ruokareseptejä. Näissä tutkimuksissa on kiinnitetty huomiota tekstin ja kuvan tai muun visuaalisen elementin suhteisiin tai yleiseen ohjailevuuteen tekstin tasolla, mutta tekstilajin kannalta tämäntyyppiset tekstit ovat huomattavasti vakiintuneempia ja rakenteeltaan vaihtelemattomampia kuin oman aineistoni tekstit. Näin ollen esimerkiksi ruoanlaitto-ohjeen kokonaisrakenteen analysointi on yksinkertaisempaa. Omassa tutkimuksessani keskityn enemmän itse tekstin tasoon ja sen ilmentämiin tekstilajipiirteisiin, vaikkakin luettelamuotoisuudella on monenlaisia seurauksia tekstin rakenteeseen, tiedon aukkoisuuteen ja tekstuaalisen merkityksen rakentumiseen.

Oma työni eroaa sekä kommunikatiivisen funktion että viestinnän osapuolten suhteen lääketieteen suomen kielessä aiemmin tutkitusta – tässä tutkimuksessa tärkeää on vuorovaikutusfunktio vertaisten ammattilaisten kesken, mutta *Akuuttihoito-oppaan* tekstien konteksti ei ole akateeminen vaan käytännöllinen, kliiniseen työhön suuntautuva.

Kuolintodistusten performatiivisuutta käsittelevässä työssään Viinikka (2011: 20–26) havainnollistaa myös yhtä omaan työhöni liittyvää piirrettä, nimittäin kielen, tieteen ja toiminnan yhteyttä. Työni asettuu tekstilajitutkimuksen kehikseen ja pyrkii antamaan kuvan *Akuuttihoito-oppaan* tekstilajin erityispiirteistä, mutta myös tekstuaalisen vuorovaikutuksen tutkimukseen erittelemällä lukijaan suuntautuvan modaalisuuden käyttöä lääkärin käytännön työn ohjailussa.

2. Teoreettinen tausta ja tutkimusmenetelmät

Esittelen tässä luvussa työni kannalta oleellisia teoreettisia käsitteitä, ja esittelen sitä, miten ne liittyvät omaan tutkimukseeni. Selvennän tekstintutkimuksen ja diskurssianalyysin käsitteitä suhteessa aineistooni sekä hahmottelen kehystä, johon analyysini asettuu. Lopuksi kerron käyttämistä tutkimusmenetelmistä.

2.1 Diskurssiyhteisö ja sen tekstilajit

Olen kiinnostunut aineistossani ilmenevästä tavasta kielentää lääkärin käytännön työhön liittyviä ohjeita ja siitä, kuinka tieteellinen tieto muunnetaan ohjailevaksi tekstiksi. Näin ollen työssäni vaikuttavat yhtä aikaa tietyn yhteisön tapa käsitteistää maailmaa, olla vaikutuksessa toisiinsa sekä hahmottaa yhteisössä käytettyjä tekstejä ja niiden yhteyttä tiettyihin kommunikatiivisiin tehtäviin.

Olen kokenut mielekkääksi lähestyä aihetta Hallidayn (mm. 1978, 1985) systeemis-funktionaalisen teorian keskeisten ajatusten kautta – kuten Heikkinen, Hiidenmaa ja Tiililä (2000: 12–13) esittävät: ”Systeemis-funktionaalisen teorian ominaislaatu voidaan kiteyttää – kolmeen sanaan: funktiot, valinnat ja tekstikokonaisuus. Ensiksi tutkimuksessa tarkastellaan jokaiselle kielelle ominaisia metafunktioita. Kieli kuvaa maailman kokemista (ideationaalinen funktio), luo ja ylläpitää vuorovaikutusta (interpersoonainen funktio) ja luo yhtenäisiä tekstejä ja diskursseja (tekstuaalinen funktio). Toiseksi kieli on kuvattavissa merkitysvalintoina ja valinnan mahdollisuuksien joukko on kuvattavissa systeeminä. Kolmanneksi tutkimuksen kohteena pitää olla kokonainen teksti, ei kontekstistaan irrotettu yksittäinen ilmaus.”

Vaikka tarkastelenkin näiden kaikkien metafunktioiden ilmenemistä aineistossani, käsittelytapani ei rakennu näille funktioille järjestelmällisesti, vaan olen valinnut mielestäni tekstilajille tyypillisiä piirteitä kuvatakseni kielenkäyttöä kontekstissaan. Olennaista funktionaalisessa kielikäsitteilyssä on kiinnostus siihen, kuinka kielellisillä valinnoilla rakennetaan näkökulmaa puheena oleviin asioihin, ja se, että kieltä tarkastellaan kontekstissaan (Heikkinen 2009: 7–11).

Keskeistä analyysissäni ovat aineistossani toistuvat ja sille tyypilliset kielelliset piirteet. Heikkinen (2009: 15–25) on pohtinut tarkemmin kielellisen piirteen käsitettä ja osittain kritisoinutkin sen ei-analyttista käyttöä kielentutkimuksessa (mts. 15, 21), mutta olennaista funktionaalisessa tutkimuksessa on kielenkäytön kokonaisuus: tekstien piirteet toteuttavat viestintätehtäviä osana kielenkäytön kokonaisuutta (mts. 18). Tekstissä näkyvillä kielellisillä valinnoilla on omia merkitystehtäviään, mutta samalla ne jäsentävät tekstiä ja tekstilajia – tekstuaalinen näkökulma on sekä tietyn piirteen tehtävässä että sen rakenteessa. Tekstin piirteet ovat konkreettisia ja voivat kielentyä monella tavalla, mutta nämä luovat abstraktimmalla tasolla tekstilajin piirteet, jotka ovat tunnistettavissa yksittäisistäkin lajin edustajista. Piirteistä puhuminen korostaa toisaalta tekstiä tuotteena sen tuottamisen ja tulkinnan sijaan, mutta toisaalta korostuvat myös tekstilajin abstraktit ominaisuudet ja niistä syntyvä kokonaisuus (Heikkinen 2009: 24). Tässä yhteydessä on myös syytä huomauttaa, että vaikka joissakin tutkimusperinteissä on tehty ero termien tekstilaji ja genre välillä (Heikkinen ja Voutilainen 2012: 23), itse käytän niitä synonyymisinä.

Kriittisen diskurssianalyysin parissa on pyritty selvittämään, kuinka akateemisen kirjoittamisen käytänteet noudattavat tietynlaisia ihanteita objektiivisuudesta, tieteellisestä diskurssista ja tiedon konstruomisesta, sekä purkamaan tekstissä olevia valta-asetelmia (Solin 2012: 558). En kuitenkaan

omassa tutkimuksessani pyri analysoimaan kielenkäytön ja tekstilajin heijastamia ja rakentamia valtasuhteita, vaan tarkastelen aineistoni tekstuaalisia käytäntöjä enemmän oletetun käyttökontekstin perusteella sekä kommunikatiivisen tarkoituksen pohjalta.

Diskurssiyhteisön käsite on kuitenkin tärkeä analyysini kannalta, koska tutkin ammattikieltä ja sen käyttöä melko tarkasti rajatussa yhteisössä, ja aineistoni tekstit on suunnattu ammattilaiselta ammattilaiselle. Tämänkaltaisen aineiston analyysissä on hyödyllistä tarkastella kielenkäytön funktioita juuri diskurssiyhteisön ulottuvuuksien perusteella, ja monet piirteet voivatkin selittyä jaetun yhteisön tiedon ja yhteisöön sosiaalistumisen kautta.

Muun muassa edellä mainituista syistä tutkimukseni joiltakin osin liittyy enemmänkin Swalesin (1990) ja muiden ESP-tutkijoiden (English for Specific Purposes) tutkimusten traditioon, jossa kielenkäyttöä on tutkittu akateemisissa ja ammatillisissa yhteyksissä. Näissä tutkimuksissa on erityisesti keskitytty tekstilajille ominaisten piirteiden erittelyyn ja retorisen rakenteen analysointiin, ja tutkimuksen tarkoituksena on usein myös ollut analysoida tekstilajia sen piirteiden opettamisen kannalta.

Swalesin (1990: 45–58) esittämä tekstilajin määritelmä liittyy oleellisesti diskurssiyhteisön käsitteeseen: tekstilajilla on tietyssä diskurssiyhteisössä vakiintunut kommunikatiivinen tavoite, ja sen muoto, rakenne ja sisältö palvelevat näitä tavoitteita. Vaikka tekstilajin sisällä yksittäiset tekstit voivat vaihdella rakenteeltaan ja kieleltään, ovat tekstilajin edustajista havaittavissa sen prototyyppiset piirteet, joilla on yhteinen, vuorovaikutukseen liittyvä tavoite. Usein diskurssiyhteisö on myös nimennyt tekstilajin tämän tavoitteen mukaan, ja yhteisön jäsenet tunnistavat tekstilajia edustavan tekstin.

Swalesilla diskurssiyhteisön käsite on kuitenkin tarkasti rajattu (Swales 1990: 21–32), ja jos yksikin piirre muuttuu, kyse ei enää diskurssiyhteisöstä. Swalesin diskurssiyhteisöä määrittävät kriteerit ovat seuraavat: Diskurssiyhteisöllä on yhdessä sovitut yhteiset ja julkisesti tiedossa olevat päämäärät, jäsenten väliseen viestintään käytetään vakiintuneita kanavia ja yhteisöllä on omat genret, joiden tehtävänä on edistää yhteisön päämääriä. Diskurssiyhteisön jäsenyyteen kuuluu se, että diskurssiyhteisön toimintaan osallistutaan aktiivisesti välittämällä tietoa ja antamalla palautetta, ja diskurssiyhteisössä on sopivassa suhteessa asiantuntijajäseniä ja noviiseja. Diskurssiyhteisön kielenkäyttöön kuuluu myös omaa erikoissanastoa.

Vaikka Swalesin diskurssiyhteisön tiukat kriteerit sulkevatkin pois monet käytännössä tekstilajeiksi tulkitut genret, esimerkiksi kaunokirjallisuuden lajit, ja niiden soveltamista on toisinaan pidetty ongelmallisena (ks. Devitt 2004, myös Shore ja Mäntynen 2006), omassa aineistossani Swalesin diskurssiyhteisöä koskevat kriteerit toteutuvat hyvin. Toisaalta alkujaan Swales muotoili määritelmänsä erityisesti pedagogisia päämääriä ja tarkoituksiperiä silmällä pitäen, näkökulma oli opettaa tieteellistä kirjoittamista englantia vieraana kielenä käyttäville. Sittemmin Swalesin kriteerejä on sovellettu erityisesti akateemiseen kirjoittamiseen, ja Shore ja Mäntynen (2006: 29) toteavatkin, että: ”Akateemisten

yhteisöjen ja tekstien näkökulmasta diskurssiyhteisön määritelmä onkin suhteellisen toimiva, sillä kansainväliset tiedeyhteisöt muodostuvat kielen ja tekstien kautta ja ne ovat leimallisesti asiantuntijaluonteensa vuoksi rajattuja.”

Esimerkiksi Bhatia (1993, 2004) on rajannut diskurssiyhteisön määritelmän lähinnä akateemisia ja muita asiantuntijayhteisöjä koskevaksi. Bhatia (2004: 21–25) muun muassa nostaa esille entistä selvemmin jaetut, yhteiset kommunikatiiviset tavoitteet tietyn tekstilajin taustalla sekä diskurssiyhteisön jäsenillä olevan ammatillisen asiantuntijuuden ja genreen liittyvän kompetenssin, diskursiivisen kompetenssin, joka muodostuu tekstuaalisesta, tekstilajiin liittyvästä ja sosiaalisesta kompetenssista. Tämä liittyy olennaisesti myös tekstilajin sisällä ilmenevään tekstuaaliseen vaihtelevuuteen: vaikka kommunikatiiviset tavoitteet ovat jaetut, asiantuntijajäsenet hyödyntävät konventioita luodakseen uusiakin muotoja, ja tämä mahdollistaa myös tekstilajien muuttumisen (mts. 25).

Myös diskurssin käsitettä on määritelty monella tavalla. Van Dijk (1997: 2) mukaan käsitteenä diskurssi viittaa kolmeen ulottuvuuteen: diskurssi on kielen käyttöä, uskomusten kommunikointia sekä vuorovaikutusta sosiaalisissa tilanteissa. Ensimmäinen näistä näkökulmista tuo esiin diskurssintutkimuksen empiirisen luonteen: kieltä analysoidaan oikeassa kielenkäytössä. Toinen ja kolmas ulottuvuus viittaavat psykologisten ja sosiologisten näkökulmien tärkeyteen diskurssia selitettäessä.

Ensimmäisen näkökulman osalta analysoin olemassa olevaa aineistoa kvalitatiivisesti (osin myös kvantitatiivisesti), toinen ulottuvuus hahmottuu passiivin käytön, ohjailun ja erityisesti modaalisuuden analysoinnin kautta. Uskomusten kommunikointi liittyy läheisesti diskurssin luonteeseen sosiaalisissa tilanteissa tapahtuvana vuorovaikutuksena, ja *Akuuttihoito-oppaan* tekstien sosiaalinen ja ammatillinen konteksti voi selittää, miksi väittämiä muokataan erilaisin modaalisin keinoin. Tärkeä taustaoletus työssäni on diskurssin ja sosiaalisen vuorovaikutuksen tiivis yhteys erityisesti modaalisuuden analyysin mutta myös sosiaalisesti rakentuneen ammatillisen kielenkäytön kehyksenä.

Koskela ja Katajamäki (2012) ovat artikkelissaan eritelleet oman tutkimukseni kannalta hyödyllistä analyttistä käsitettä ammattikieli. Heidän muotoilunsa perustuu edellä esittämäni Bhatian (2004: 18–22) moninäkökulmaiseen malliin, joka lähtee havainnosta, että eri erikoisaloilla kieltä käytetään eri tavoin, ja kielenkäyttöön liittyvistä konventionaalistuneista ammatillisista käytännöistä. Ammatillista diskurssia voidaan lähestyä tekstinä, sosiaalisena käytäntönä tai genrenä – geneerinen näkökulma ottaa huomioon sekä tekstin että sosiaalisen näkökulman ja kielen roolin osana sosiaalisia käytäntöjä vakiintuneissa ja institutionaalisissa ympäristöissä.

Koskelan ja Katajamäen (2012: 455) mukaan tarkoituksena on nostaa esille sellaisia piirteitä, jotka ovat ominaisia toisaalta juuri kyseiselle erikoisalalle mutta toisaalta yleisesti ammattikielille teksteille. Ammattikielisten tekstien tavoitteita ovat täsmällisyys, tehokkuus, yksiselitteisyys, asiallisuus ja läpinäkyvyys. Ammattikielinen viestintä perustuu yhteiselle, jaetulle tiedolle ja käsitykselle

maailmasta, johon tekstiä tuottaessa sekä sitä tulkittaessa voidaan nojata. Kaikkea ei siis tarvitse kirjoittaa auki, mutta toisaalta yksiselitteisyys kärsii, kun tulkinnanvaraisuus lisääntyy. (Mts. 455–456, 459.)

Vihlan (1999: 12) laajan korpustutkimuksen mukaan lääketieteen ammattilaisille tarkoitetuissa teksteissä lukijalle luodaan huomattavasti aktiivisempi rooli kuin kansalaisille tarkoitetuissa. Tätä ammattilaisille suunnatun tekstin lukijalle annettavaa aktiivista roolia pyrin tutkimaan analysoimalla interpersoonaista metafunktiota erityisesti modaalisuuden kautta. Toisaalta koska lääketieteelliset tulkinnat ovat riippuvaisia sosiaalisesta kontekstistaan, myös lääketieteellisen kielen referentiaalisuus on sosiaalisesti säädeltyä.

Tieteellisessä mielessä lääketiede on löydösten tulkintaa ja esitetyt hypoteesit ovat ehdollisia tiedeyhteisön hyväksymille teorioille ja menetelmille, käytännön tasolla lääketiede taas on oireiden (esim. päänsärky) ja löydösten (veren pieni glukoosipitoisuus) tulkintaa ja niihin reagointia.

Eronteko oireiden ja löydösten välillä on yleisesti käytetty lääkärin ammatissa; oireet ovat sairauden subjektiivisia manifestaatioita, kun taas löydökset riippuvat alalla hyväksytyistä menetelmistä ja teknologioista, siten siis viittaavat ammatilliseen ja institutionaaliseen puoleen lääketieteessä. Tautiluokitukset ohjaavat lääkärin huomiota tiettyihin oireisiin ja löydöksiin ja siten vaikuttavat diskurssin referentiaaliseen puoleen; diskurssi on institutionaalisesti rakentunut, ja instituution vaikutus näkyy siinä, miten asioita luokitellaan.

Sitä vastoin lääketieteellisen diskurssin interpersoonainen taso taas on enemmän sidoksissa lääkärin työn ammatilliseen kontekstiin, vuorovaikutukseen niin potilaiden, heidän läheistensä kuin toisten ammattilaistenkin kanssa. (Vihla 1999:13–14.)

Läketieteellinen diskurssi kattaa laajan skaalan erilaisia genrejä tieteellisestä artikkelista laajalle yleisölle tarkoitettuihin aikakauslehtijuttuun. Oma aineistoni sijoittuu tällä asteikolla lähemmäs tieteellistä tekstiä, koska kyse on ammatillisista teksteistä, jotka on suunnattu saman diskurssiyhteisön jäsenille, mutta kommunikatiivisten tavoitteidensa osalta ne eroavat esimerkiksi tieteellisistä artikkeleista. Tarkoitus on pyrkiä vaikuttamaan käytännön työhön ohjailun kautta, ei varsinaisesti tuottaa uutta tietoa diskurssiyhteisölle. Toisaalta myös kohderyhmä on laajempi kuin nykyään tiukasti erikoistuneissa tiedeartikkeleissa, periaatteessa kenen hyvänsä lääkärin tulisi kyetä noudattamaan artikkeleissa annettuja ohjeita oman koulutuksensa ja kokemuksensa perusteella.

Läketieteen eri tekstilajit ovat myös riippuvaisia toisistaan hyvin suoraan. Läketieteelliset tekstilajit voidaan hahmottaa eräänlaiseksi ketjuksi (Vihla 1999: 128), jossa seuraava perustuu jollakin tavalla sekä tiedollisesti että usein myös kielellisesti edelliseen. Useimmiten tekstilajien ketju alkaa jostakin kysymyksestä, jolla on kliinistä tai teoreettista merkitystä. Tätä kysymystä selvittääkseen tutkija

alkaa etsiä taustatietoa ja aiempaa tutkimusta aiheesta esimerkiksi oppikirjoista ja tieteellisistä julkaisuista ja perehdyttyään riittävästi aiheeseen hän asettaa tutkimukselleen hypoteesin. Kun tutkimus on valmis, siitä kirjoitetaan tieteellinen tutkimusraportti.

Tutkimusartikkeleista tieto jakautuu kahteen suuntaan: mikäli tutkimustuloksella on riittävästi merkitystä suuren yleisön kannalta, siitä kirjoitetaan ammatillisen yhteisön ulkopuoliselle yleisölle yleistajuinen artikkeli, ja toisaalta tutkimusta arvioidaan tieteellisen yhteisön sisällä esimerkiksi pääkirjoituksissa, kirjallisissa tutkimuskoosteissa ja järjestelmällisissä kirjallisuuskatsauksissa. Kun tietoa jonkin tutkimustuloksen merkityksestä potilaan hoidossa on kertynyt riittävästi, se siirretään käytännön kliiniseen työhön.

Eri tutkimusten yhteenvetojen perusteella asiantuntijaryhmät laativat tai päivittävät olemassa olevia hoitosuosituksia, joista suositellut toimintatavat ikään kuin valuvat edelleen käsikirjoihin ja kliinisen työn oppaisiin. Viimeisenä tässä ketjussa ovat yleistajuiset lääkärikirjat ja terveyttä, hyvinvointia ja toisaalta sairauksia ja niiden hoitoa käsittelevät aikakauslehti- tai sanomalehtiartikkelit, jotka palvelevat suurta yleisöä.

Hoitosuosituksen kieltä käsittelevässä artikkelissaan Pasternack (2007: 56) on esittänyt havaintonsa siitä, miten tiedon käsittely etenee dokumenttien ketjussa: ”Järjestelmälliset katsaukset sisältävät tiivistetyn tutkimusnäytön. Niiden kieli on tieteellistä. Ne eivät yleensä tulkitse tiedon merkitystä eivätkä suosittele toimenpiteitä. Hoitosuositukset sitä vastoin esittävät nimenomaan tulkintoja tutkimusnäytöstä. Tulkinnoissa on otettu huomioon muun muassa sairauden paikallinen yleisyys ja kansanterveydellinen merkitys, hoidon saatavuus ja hyväksyttävyyys. Niiden kieli on yleensä vähemmän tieteellistä ja niissä annetaan ehdotuksia tai suoria toimintaohjeita.” Ketjun sisällä on vaiheita, joissa tieto muuttuu tai joissa muuttuu pelkästään se, mitä tiedosta sanotaan (mts. 56).

Näin ollen kukin tekstilaji kantaa mukanaan edeltäjänsä mutta samalla myös modifioi sitä. *Akuuttihoito-opas* sijoittuu tässä ketjussa viimeiseen vaiheeseen, jossa jo vahvistetut ja käytännössä koetellut hoitokäytännöt kiteytetään tiiviiseen, muistilistamaiseen muotoon, jonka tehtävänä on muistuttaa olennaisista asioista mutta jossa tieto esitetään annettuna, ei enää alisteisena tieteelliselle debattille.

2.2 Ohjailevat tekstit ja direktiivit

Akuuttihoito-oppaan tekstit on tarkoitettu kollegoille ja saman diskurssiyhteisön jäsenille, mutta niistä puuttuvat monet tieteellisen kirjoittamisen käytänteet, mikä osaltaan johtuneekin tekstien kommunikatiivisesta tarkoituksesta ja käyttökontekstista, koska niiden tehtävä on direktiivisiä, toimintaa ohjaavia. Direktiivi määritellään *Isossa suomen kieliopissa* (VISK § 1645) seuraavasti: ”Direktiivi on ohjaileva lausuma, jolla käsketään, kehoitetaan, pyydetään tai neuvotaan puhuteltavaa toimimaan tai ole-

maan toimimatta tietyllä tavalla.” Direktiivien funktioita voidaan ilmaista konventionaalistuneilla ilmaustyypeillä mutta myös muut muodot voidaan tulkita direktiiviksi kontekstin perusteella (VISK § 1645). Direktiivisyyttä ja direktiivin määrittelyä ovat käsitelleet viime aikoina Honkanen (2012b), Lauranto (2013, 2015).

Systeemis-funktionaalisen teorian mukaan direktiivisyyttä voidaan tarkastella erityisesti ensisijaisesti interpersoonaisen metafunktion kautta. Luukan (1992: 86) mukaan interpersoonaisen metadiskurssin tehtävänä on ilmaista tekstin tuottajan tietoisia tai tiedostamattomia asenteita esitettyjä asioita tai tekstin vastaanottajia kohtaan, ja se ohjaa tai auttaa vastaanottajaa merkitysten tulkinnassa. Shore (2012a: 146–147) täydentää tätä selitystä lisäämällä, että kyse on myös siitä, miten kieltä käytetään sosiaalisten suhteiden luomisessa ja ylläpitämisessä.

Shoren (2012b: 177) mukaan tarkasteltaessa tekstiä interpersoonaisen metafunktion kannalta on tavallisesti kiinnitetty huomiota sellaisiin seikkoihin kuin modaaliisiin lausetyyppeihin ja muihin modaaliaineisiin, persoonaan tai suhtautumiseen liittyviin sanavalintoihin. Luukka (1992: 86–88) taas jakaa akateemisissa teksteissä ilmenevän interpersoonaisen metadiskurssin funktiot tarkemmin muun muassa sisällöllisten asenteiden osoittamiseen ja vuorovaikutuksellisten asenteiden osoittamiseen ja näiden sisällä vielä hienojakoisempiin kategorioihin.

Direktiivejä voidaan hahmottaa useammalla tavalla. Lauranto (2015: 49–50) esittelee suppean ja laajan näkemyksen direktiivisyyteen, joista *Ison suomen kieliopin* näkemys ja myös oma näkemykseni edustaa laajaa direktiivisyyšnäkemyistä. Suppeaan näkemykseen kuuluvat ainoastaan ne lausumat, jotka sisältävät varsinaisen kehotuksen toimintaan, kun taas laajaan näkemykseen sisältyvät myös esimerkiksi tarjoukset ja luvannnot.

Honkasen (2012a: 2) mukaan ohjailukeinojen tutkimuksessa on aiemmin painottunut kaksi suuntaa. Kun on tutkittu kirjoitettua tekstiä, valtasuhteet ja ohjailun lieventäminen ovat olleet ohjailukeinojen selittävinä tekijöinä, kun taas kyse on ollut keskustelutilanteesta, ohjailukeinojen valintaa on selitetty toteuttamisen varmuudella, odotuksenmukaisuudella tai kuormittavuudella. Taustalla näissä tutkimuksissa ovat usein olleet klassisen pragmatiikan ja kohteliaisuustutkimuksen kysymyksenasettelut, kuten sosiaalisen etäisyyden säätely sekä pehmennyskeinot (Honkanen 2012b: 15), mutta oman tutkimukseni kannalta näen mielekkäämpänä keskittyä tekstuaalisen ohjailun ja käytännön lääkärin työn yhteyteen – siihen, mitä ohjaillaan ja miten.

Ohjailevia tekstejä on fennistiikassa usein myös tutkittu erityisesti argumentoinnin ja retoriikan kannalta (ks. esim. Mäntynen 2003, Sääsilahti 2006, Mikkonen 2010), mutta omassa työssäni on tarkoituksena ennemminkin käsitellä ohjailevuuden suhdetta käytettyihin kielen keinoihin ja oppaan tekstilajiin. Olen siis kieliopin ja tekstilajin risteyksessä. Käsitellen tekstin kokonaisrakennetta siinä määrin kuin se selventää artikkelien koheesion muodostumista ja selventää opastekstin erityislaatuista suutta.

Tekstin ohjailevuus on syntaktisia tai leksikaalisia aineksia laajempi piirre. Laurannon (2013: 171–172) mukaan direktiivit muodostavat funktionaalisen käyttökategorian, joka on tilannelähtöinen, ja ohjailevuus voi lausumien tai lauseiden sijaan kytkeytyä kokonaisen tekstilajin päämääriin. Näin ollen direktiivisyys voidaan ymmärtää sekä tekstilajilähtöisenä toimintamerkityksenä että lausumadirektiivien merkityksenä (Lauranto 2015: 3).

Kirjoittajan ja lukijan vuorovaikutusta valaiseviin kysymyksiin, kuten tekstin vuorovaikutusalueen eli dialogisen tilan (dialogic space) säätelyyn ja hallinnointiin, on etsitty vastauksia etenkin Martinin ja Whiten (2005) kehittämän suhtautumisen teorian (appraisal theory) avulla (ks. myös Mikkonen 2010, Virtanen 2015), mutta koska pyrin kuvaamaan myös laajemmin tekstilajin piirteitä, päädyin käyttämään työssäni perinteisempiä kuvausmenetelmiä.

Käsittelen työssäni ohjailua sekä vuorovaikutusfunktiona että tapana kielentää ja siirtää taustalla olevaa tieteellistä tietoa käytännön toimintaan, en ainoastaan morfosyntaktisena ilmiönä. Toisaalta käsittelen myös sitä, kuinka luettelmarakenne, tekstin passiivimuotoisuus ja nollapersoonan käyttö ilmentävät valittua näkökulmaa tilanteeseen. Kolmas näkökulman valintaa valottava ilmiö on nominaalistuksien runsas käyttö, joka osin juontuu modaalisista lauserakenteista ja ohjailussa käytetyistä keinoista mutta myös kertoo pyrkimyksestä ekonomisuuteen kielenkäytössä ja tilanteiden hahmottumisesta pikemminkin selvärajaisiksi prosesseiksi kuin monimutkaisiksi hoidollisiksi kokonaisuuksiksi.

Suhtaudun kieleen kommunikatiivisia päämääriä korostaen, vaikkakin otan huomioon kieliopin kuvaukseen liittyvät seikat erityisesti modaalisuuden käsittelyssä. Tutkimukseni kytkeytyy toisaalta systeemis-funktionaaliseen tutkimusperinteeseen, mutta toisaalta oleellisesti myös tietyn diskurssiyh-teisön tapaan poimia ja siirtää tieteellistä tietoa käytännön työhön ammattikunnan sisällä.

2.3 Tutkimusmenetelmät

Pyrin työssäni aineistolähtöiseen käsittelytapaan ja esittelen tutkimuskysymysteni kannalta oleellisia kielellisiä piirteitä kulloinkin soveltuvaa menetelmää käyttäen. Kielellisten piirteiden kuvaamisen näkökulmasta on perusteltua nostaa esille aineistosta sellaisia piirteitä, jotka vaikuttavat olevan aineistolle ominaisia tai leimallisia, koska tekstilajin kielelliset piirteet liittyvät läheisesti sen päämääriin – on siis todennäköistä, että ohjailevassa tekstilajissa hyödynnetään rakenteita, joihin liittyy ohjailevuuden merkitys – toisaalta kuitenkin yhden kielellisen piirteen runsaus ei määritä vielä tekstilajia (Sääskilahti 2009: 173).

Yritän siis välttää tiukkaa tulkintakehikkoa ja saada havainnollistettua *Akuuttihoito-oppaan* tekstin erityispiirteitä tieteellisen tiedon tulkitsijoina ja käytännön klinisen hoitotilanteen ohjailussa mahdollisimman kattavasti käsittelemällä useampaa samaan suuntaan vaikuttavaa kielellistä piirrettä,

mutta toisaalta poimimalla myös sellaisia *Akuuttihoito-oppaan* tekstien piirteitä, jotka eivät välttämättä ole prototyyppiselle ohjailevalle tekstille tyypillisiä.

Aloitan analyysini hahmottelemalla aineistoni tekstilajin piirteitä ja tekstilajin merkitystä diskurssiyhteisönsä käytössä. Pohjaan tässä analyysini diskurssintutkimuksen keinoihin, ja erittelen yhteisön sosiaalisia ja kielellisiä käytäntöjä sekä kommunikatiivisia tarpeita. Tämä analyysi luo kehyksen tekstin tarkemmalle tarkastelulle.

Seuraavaksi käsittelen tekstien rakennetta ja luettelamuotoa, ja osoitan, millaiset rakenteelliset piirteet luonnehtivat tekstilajia ja kuinka ne vaikuttavat tekstin koheesion muodostumiseen. Käytän käsittelyssäni tekstianalyttisiä keinoja.

Aineistoni kannalta merkityksellistä on luettelamuodon käyttäminen kautta linjan, ja tällä on selviä vaikutuksia tiedon prosessointiin ja tilanteen kuvauksen näkökulmaan. Luettelamuodon analysoinnissa minulle on ollut hyötyä etenkin Ledinin (2015) sekä Ledinin ja Machinin (2015, 2016) luetteiloita käsittelevistä tutkimuksista, mutta toisaalta koska aineistoni koostuu lähes kokonaan luetteloista, olen joutunut analysoimaan muodon merkitystä muilta kuin multimodaaliseen tutkimussuuntaan liittyviltä kannoilta.

Tämän jälkeen kuvaan aineistossani esiintyvää runsasta nominalisaatiota, passiivin käyttöä ja henkilöviitteiden puuttumista, jotka kaikki antavat tekstille tietynlaisen sävyn ja luonnehtivat käytettyä diskurssia. Käytän tässä sekä perinteiseen lauseenjäsennykseen liittyviä että diskurssintutkimukseen liittyviä menetelmiä. Pyrin osoittamaan näiden yhteyden tapaan, jolla lääketieteellistä tietoa uudelleen järjestetään käytännön toimintaohjeeksi.

Viimeisenä keskityn tarkemmin ohjailevalle tekstille tyypilliseen direktiivisyyteen ja siinä erityisesti modaalisuuteen, joka hahmottuu kahteen suuntaan: harkitsemaan ohjaavaan ja velvoittavaan.

Modaalisuuden käsittely motivoituu sekä diskurssin että oppaan tarkoituksen kautta: modaalisuutta erityisesti lääketieteellisissä teksteissä tutkinut Vihla (1999) osoittaa sen olevan diskurssille ominainen, ja toisaalta direktiivisyys ja erityisesti erilaiset modaaliset keinot ovat tyypillisiä myös ohjailevalle tekstille.

Tavoitteenani on kuitenkin modaalisten erityispiirteiden ja tehtävien käsittely tässä tekstilajissa ja tekstikontekstissa, ei kattava kieliopillinen kartoitus. Käytän modaalisuuden kuvaamisessa välineenä kieliopillisia analyyseja, mutta kytken ne myös laajempaan tekstikontekstiin.

Käsittelen aineistoani siis käytännössä kolmella eri tasossa, vaikkakin luonnollisesti näiden tasojen välillä ja niiden sisällä esiintyy runsaasti kytkentöjä.

Ensinnäkin analysoin tekstin tasoa, johon kuuluu tekstilajin, diskurssiyhteisön ja artikkelien tekstuaalisen rakentumisen hahmottaminen. Lisäksi tekstin tasossa näkyvät luettelamuodon vaikutukset tekstiin sekä tiedon konstruoiminen koherentiksi ilmeisestä inkoherenttiudesta huolimatta.

Toiseksi analysoin lausetasoa, jossa näkyvät aineistossani yleisesti käytetty passiivi ja toisaalta aktiivimuotoisia verbejä sisältävien lauseiden erikoisuus, henkilöviitteiden puuttuminen sekä kieliopillisen metaforan vaikutukset informaatorakenteeseen.

Kolmanneksi analysoin interpersoonaista tasoa, jossa keskityn aineiston direktiivisiin ohjailukeinoin eli imperatiiviin, indikatiivin direktiivisyyteen ja kahdenlaiseen – harkintaan ohjaavaan ja toimintaan ohjaavaan – modaalisuuteen.

3. Tekstilajin ja tekstin rakentuminen *Akuuttihoito-oppaassa*

Tässä luvussa käsittelen aineistoni tekstitason viittä keskeistä piirrettä: tekstilajipiirteitä, artikkelien rakennepiirteitä, luetelmamuodon erityispiirteitä, nominalisaation vaikutuksia lauseen informaatorakenteeseen sekä yksipersoonaisten rakenteiden käyttöä.

Nämä piirteet luonnehtivat sekä oppaan tekstilajia että toisaalta kehystävät modaalisuuden tarkempaa käsittelyä ja asettavat artikkeleissa käytettävät ohjailukeinot kontekstiinsa. Tarkoitukseni ei siis ole analysoida näitä piirteitä tyhjentävästi vaan asettaa modaalisuuden analysointi laajempaan kontekstiin.

3.1 Tekstilajin piirteet

Kalliokosken (2006: 240–241, 260–261) mukaan instituutiot sekä synnyttävät että tarvitsevat tekstilajeja, ja sen lisäksi arjen vuorovaikutuskin muodostuu erilaisista konventioiden säätelystä toiminnosta, joihin sosiaalistumisen myötä kasvetaan ja joiden käytänteet tulevat tutuiksi. Tekstilajien konventioita säätelevät ja muuttavat yhteisöön kuuluvat kielenkäyttäjät yhteisön tarpeiden ja normien mukaan kunkin lajin perinteisiin perustuen. Diskurssiyhteisön jäsenet voivat olla esimerkiksi saman ammattiryhmän jäseniä, kuten lääkäreitä, jotka tuottavat tekstejä toisilleen, mutta myös jakavat yhteiset tekstiä ja tekstin tehtävää koskevat normit ja odotukset. Tekstejä tuotetaan ja tulkitaan yhteisön jäsenenä, ja tekstin tehtävää ja merkitystä suhteutetaan diskurssiyhteisön normeihin ja tarpeisiin.

Lääkärin työn oleellinen osa on potilaiden hoitaminen. Kuten aiemmin olen jo todennut, tieteelliset artikkelit palvelevat huonosti tätä tarkoitusta, ja *Akuuttihoito-oppaan* kaltaisia, hoito-ohjeita sisältäviä tekstejä tarvitaan käytännön tasolla. Tieteelliset artikkelit toimivat yhteisön tiedollisen pääoman kartuttajina, mutta yhtä lailla hyväksi havaitut hoitokäytännöt kirjataan ylös. Näin ollen *Akuuttihoito-oppaan* merkittävin kommunikatiivinen päämäärä on siirtää käytännön tietoa yhteisön sisällä ja ohjata lääkäreitä hyvien hoitokäytäntöjen mukaiseen toimintaan.

Lähdeviitteiden puuttuminen on aineiston leimallinen piirre. Tieteellisessä ilmaisussa yleensä pyritään hyvin tarkkaan erottelamaan metatekstin ja viittausmerkintöjen avulla lähteestä peräisin oleva tieto ja oman ajattelu, kun taas *Akuuttihoito-oppaan* artikkeleissa lähteitä ei aivan muutamaa

poikkeusta lukuun ottamatta ilmoiteta, osoiteta lainatuiksi tai referoiduiksi. Tämä tuokin vaikutelman, että vaikka kirjoittajat mainitaan artikkelin alussa, artikkeleissa ”äänessä” on alan jaettu, yhteinen tieto yksittäisen kirjoittajan sijaan (Kniivilä, Lindblom-Ylänne ja Mäntynen 2007: 106).

Tällainen käytäntö on tyypillistä laajemminkin erityisesti klinisen työn oppaissa: voidaan ehkä ajatella, että tieteellinen tieto ja sen soveltaminen käytäntöön on suodattunut ja täydentynyt niin monen lähteen kautta, ettei sen eksplisiittistä merkitsemistä pidetä tarpeellisena, saati mahdollisena.

Toisaalta sen tarkoitus voi olla myös neutralisoida tietoa, vaikuttaa (vaikka näennäisestikin) objektiiviselta ja osoittaa laajaa konsensusta vakiintuneiden käytäntöjen toteuttamisessa. Lukijan tehtäväksi jää joko uskoa annettu tieto ja toimintaohjeet tai kyseenalaistaa ne oman harkintansa ja ymmärryksensä mukaan.

Oppaan käyttötilanne ja -konteksti on erityinen: kun hoidetaan kriittisesti sairasta potilasta, diagnostiikan riipeys, toimenpiteiden oikea järjestys, hoidon kiireellinen aloitus ja peruselintoimintojen jatkuva tarkkailu ovat tärkeimmät ohjenuorat hoitavalle lääkärille. Tällaisessa tilanteessa oikean tiedon löytäminen oikeaan aikaan on oleellista.

Kun tarkastellaan artikkelia kokonaisuutena, voidaan havaita, että tiheä ja odotuksenmukainen otsikointi ohjaavat lukijaa löytämään etsimänsä tiedon. Toisaalta taas diskurssiyhteisön sisällä tällaiseen tekstiin on myös opittu.

Lääketieteellinen diskurssi jakaantuu moneen hyvin erilaiseen genreen, jotka liittyvät läheisesti toisiinsa ja hyödyntävät osittain sekä toistensa sisältöä että kielellisiä keinoja, mutta eroavat toisistaan kommunikatiivisen tavoitteensa sekä yleisönsä suhteen. Esimerkiksi tieteellisen tutkimusartikkelin tarkoituksena on esittää tiedeyhteisölle hypoteeseja ja argumentoida tulokset tiedon kannalta, kun taas suurelle yleisölle tarkoitettu terveysartikkeli esimerkiksi aikakauslehdessä valistaa kansalaisia ja mahdollisesti pyrkii vaikuttamaan näiden toimintaan terveyttä edistävästi. Nämä esimerkit eroavat toisistaan myös osallistujien valtasuhteen osalta: populaaritekstiin kirjoittuu auktoriteettiasema lukijaan nähden, usein asiantuntijan lainausten kautta, kun taas tieteellisessä artikkelissa pyritään hyväksyttämään ja vahvistamaan omaa asiantuntijuutta tiedeyhteisön edessä (Mäntynen 2003: 105–106).

Lääketieteellinen diskurssi rakentuu myös tieteen ja käytännön toisistaan riippuvalle suhteelle. Lääketiede on luonteeltaan kaksitahoista, ja erilaiset genret ilmentävät sen eri puolia. Lääketieteessä ammatillisen kirjoittamisen genret liittyvät yhteen eräänlaisiksi genrekimpuiksi (ks. esim. Bhatia 2004: 53–56, *genre set*), jotka ammentavat samasta lähteestä mutta joiden vastaanottajat ja vuorovaikutukselliset päämäärät eroavat toisistaan.

Tätä ilmiötä voidaan käsitteistää myös intertekstuaalisuuden avulla. *Akuuttihoito-oppaassa* on nähtävissä intertekstuaalisuutta, joka ilmenee sekä avoimella tasolla että implisiittisemmin, tekstilajissa tai diskurssissa (esim. Tiililä 2007: 161, Kalliokoski 2005: 249–250). Monissa intertekstuaalisuutta käsittelevissä tutkimuksissa käsitellään avoimen intertekstuaalisuuden osalta erikseen toisen tekstin

suora lainaaminen, epäsuora lainaaminen eli referointi ja toisaalta erikseen merkitty lainaaminen eli lähdeviittaukset (Heikkinen, Lauerma ja Tiililä 2012: 105–107).

Akuuttihoito-oppaan artikkeleissa viitataan toisiin saman oppaan artikkeleihin linkittämällä niihin suoraan verkkoversiossa ja käyttämällä viittausta ks. xx.xx kirjaversiossa, mutta toisaalta verkkoversion artikkeleissa viitataan myös tämän oppaan ulkopuolelle: Duodecimin julkaisemaan lääketietokantaan ja toiseen oppaaseen, *Akuuttihoidon lääkkeisiin*.

Osittain tämä käytäntö selittyy verkkojulkaisemisen kautta, koska kaikki edellä mainitut teokset julkaistaan osana samaa tietokantaa (*Akuuttihoidon tietokannat*), ja käytännön työssä nämä oppaat tukevat toisiaan. Käytännöllä myös vähennetään asioiden päällekkäistä käsittelyä eri oppaissa, ja toisaalta pyritään siihen, että kustakin asiasta olisi vain yhdet ohjeet tai ainakin että ohjeet eri oppaissa olisivat yhtenäiset. Muutamissa kohdin myös osoitetaan asiasta lisätietoa tarvitsevalle oppaan ulkopuolinen verkkosivu, jonka avulla asiaan voi perehtyä tarkemmin.

Implisiittisemmin *Akuuttihoito-oppaan* artikkeleissa ovat läsnä tieteelliset artikkelit, joista informaation lisäksi tekstiin valuu myös ilmaisuja, kielellisiä rakenteita ja diskursiivisia käytäntöjä – tällöin kyse on toisen tekstilajin tai diskurssin lainautumisesta eli interdiskursiivisuudesta (Heikkinen, Lauerma ja Tiililä 2012: 107).

Seuraavassa esimerkissä viitataan tutkimustuloksiin, joilla lääkkeen annon merkitystä ei ole voitu osoittaa. Se sekä lainaa muotonsa hoitosuosituksissa yleisesti käytetystä sanamuodosta että tuo tekstiin akateemisen kirjoittamisen käytänteet.

- 1) Kortikosteroidia annetaan useimmissa keskuksissa, mutta **sen merkitystä ei ole kiistatoma-**
sti osoitettu, etenkin epätyypillisessä HUS:ssa (poikkeuksena ehkä anti-FH-
vasta-aineen aiheuttama).

Myös nominaalistuksien runsas käyttö voi heijastella tieteellisissä artikkeleissa käytettyjä rakenteita, pyritäänhän lääketieteellisissä tutkimusartikkeleissa neutraaliin ja tutkijasta riippumattomaan ilmaisuun tieteellisen, vaikkakin näennäisen objektiivisuuden nimissä. Toisaalta nominaalistuksien käyttö kuvaa myös diskurssiyhteisön tapaa käsitteistää todellisuutta. Käsittelen tätä ilmiötä tarkemmin luvussa 3.4.

Tieteellisiä diskursseja rakentavat ja muokkaavat tavat, joilla siihen osallistuvat diskurssiyhteisön jäsenet käyttävät kieltä ja sen kautta hahmottavat maailmaa. Tähän tapaan vaikuttavat muun muassa alalla hyväksytyt päättelyn tavat, menetelmät ja tavoitteet – ammatillisen diskurssin vallitseva näkökulma puheena oleviin asioihin ja ilmiöihin. Kirjoitettu vuorovaikutus on aina sidottua tiettyihin kommunikatiivisiin tavoitteisiin, ja niihin liittyvät myös teksteissä tehtävät kielelliset valinnat. Lääketieteellisessä diskurssissa ovat yhtä aikaa läsnä sekä tieteen että käytännön työn näkökulmat, ja tällä on väistämättä vaikutuksia myös kielellisiin valintoihin.

Joissakin tutkimuksissa (esim. Murawska 2013: 30) on myös todettu, että kielellisen etäännyttämisen syynä saattavat olla tekniikat, joilla lääkärikoulutuksessa pyritään hallitsemaan kriittisten tilanteiden aiheuttamaa stressiä ja vähentämään tunnetasolla kiintymystä ja osallistumista vaikeisiin tilanteisiin. Kielellisten valintojen kannalta tämä kuitenkin johtaa erikoisiin tilanteisiin, joissa tilanteessa aktiivisena toimijana ei ole lääkäri sen enempää kuin potilaskaan, vaan sairaus tai toimenpide esitetään itsenäisenä prosessina, kuten seuraavassa esimerkissä voidaan nähdä:

2) Jatkohoito tyypillisessä eteislepatuksessa on katetriablaatio.

Diskurssille on tyypillistä myös se, että tutkittavat tai hoidettavat ruumiinosat käsitellään erillään potilaasta ja toisaalta, että lääketieteelliset toimenpiteet on nostettu etualalle (lauseen informaatiokanteessa teemapaikalle) tai ne tehdään mainitsematta lainkaan potilasta, jolle ne tehdään. Esimerkissä 3 *kammiotakykardia* on lauseen ainoa viittaus potilaaseen, joka näin siis pelkistyy vain oireekseen.

3) Yhdenmuotoinen vallitseva kammiotakykardia voidaan yrittää pysäyttää endokardiaalisella tahdistuksella, ks. 18.62.

Esimerkissä 4 puhutaan *yksilöllisistä hoitovalinnoista*, jotka kontekstin perusteella voidaan päätellä olevan juuri potilaan kannalta yksilöllisiä, vaikka kielellisesti kyse voisikin olla myös lääkärin yksilöllisesti tekemistä valinnoista.

4) HOITOPERIAATTEET

- **Yksilöllisiin hoitovalintoihin** vaikuttavat aikaisempi verenpainetaso, oireiden ilmaantumisen nopeus ja vaikeus sekä verenpaineen laskun vaikutukset kohde-elinten verenkiertoon (aivot, sydän, munuaiset).
- Hoito säädetään vakavimman oireen mukaan.
- **Alkuvaiheen hoito pitää toteuttaa teho- tai valvontatasoisessa yksikössä.** [3.76]

Kontekstin perusteella voidaan myös päätellä, että valinnan tekee lääkäri (*Alkuvaiheen hoito pitää toteuttaa teho- tai valvontatasoisessa yksikössä.*), ei potilas. Lääkärin tulee valita potilaalle annettava hoito, johon vaikuttavat potilaskohdaiset tekijät ja oireet sekä potilaaseen viittaava *kohde-elimet* esitetään perusteina päätöksenteolle, vaikka esimerkin tekstissä eksplisiittisesti läsnä ei ole kumpikaan käytännön tilanteen osallistujista.

Oireilla ja reaktioilla on siis arvo sinänsä, ennemmin kuin liittyneenä hoidettavaan potilaaseen. Tämä kuvastaa sekä lääketieteellisessä diskurssissa valittua etäännyttävää näkökulmaa että asioita, jotka diskurssissa nostetaan huomionarvoisiksi ja merkityksellisiksi. Toisaalta se, ettei potilaaseen tekstuaalisesti viitata lainkaan, korostaa ja kehystää lauseen instruktiivista luonnetta, kyse on enemmän ohjeesta kyseisen valinnan tekemiseen kuin varsinaisesti potilaan hoidon kuvaamisesta.

3.2 Artikkelien tekstuaalinen rakentuminen

Aineistoni esittelevässä luvussa 1.2.1 kerroin jakaneeni otokseni artikkelit otsikoiden perusteella seitsemään ryhmään olettamani sisällön suhteen. Käsittelen tässä alaluvussa aineistoni erityyppisten artikkelien tekstuaalista rakentumista sekä niiden yhtäläisyyksiä että eroavaisuuksia.

Artikkelien otsikot ohjaavat lukijaa löytämään tarvitsemansa tiedon yleensä sairauden perusteella. Lääketieteen diskurssissa sairauksien tyypillinen luokittelu perustuu jo varmistettuun tai oletettuun diagnoosiin, ja eräs diskurssiyhteisössä yleisesti ja laajasti käytetty muodollisen luokittelun väline on kansainvälinen tautiluokitus ICD-10. Esimerkiksi laboratorio- tai muiden tutkimusten avulla ja tietojen täydentyessä luokitus saattaa tarkentua tai muuttua, mutta usein asetetaan alustava hypoteesi, jota aletaan testata tai suljetaan pois muita mahdollisuuksia. Yhteisössä on siis perusteltua myös nimetä oppaan sairauksia käsittelevät artikkelit sairausluokituksen mukaan. *Akuuttihoito-opas* sisältää kuitenkin myös muulla tavalla otsikoituja artikkeleita, kutsun niitä tässä työssä lääkeartikkeleiksi, toimenpideartikkeleiksi ja oirelähtöisiksi artikkeleiksi.

Pääosan aineistoni muodostavat artikkelit, jotka käsittelevät tiettyjen, artikkelien otsikoissa nimettyjen sairauksien diagnostiikkaa ja hoitoa. Liitteenä 1 on esimerkkinä artikkelista artikkeli 3.48 Proarytmia eli lääkkeen aiheuttama rytmihäiriö kokonaisuudessaan. Liite käsittää painetun kirjan sivut, joille artikkeli sijoittuu.

Tietyn sairauden diagnoosia ja hoitoa erikseen käsittelevät artikkelit muodostavat yhdessä rakenteeltaan samantyyppisen kokonaisuuden kuin ne artikkelit, joissa yhdessä artikkelissa käsitellään sekä sairauden diagnostiikka että hoito. Rakenneosien laajuus voi kuitenkin vaihdella merkittävästi, ja valinnaisuutta niissä on sekä käsiteltäväksi valittujen aiheiden että niiden käsitteilytavan kannalta. Esimerkiksi jotakin tiettyä sairautta käsittelevän artikkelin kappale Hoito saattaa joko olla hyvin lyhyt, jakautua moneen eri alaotsikkoon erilaisten hoitomuotojen mukaan tai sitten hoitoa voidaan käsitellä tiivistetysti pääosin taulukossa, jossa kerrotaan oleelliset lääkitykset annoksineen.

Tiettyjä yhtäläisyyksiä on kuitenkin havaittavissa artikkelien välillä siinä, missä järjestyksessä asiat esitetään, vaikka yksittäinen artikkeli ei sisältäisikään kaikkia mainittuja rakenneosia. Tyypillinen osien järjestys on seuraava. Artikkelin alussa käsitellään potilaan esitietojen selvittäminen, aiempaa sairaushistoriaa tai esimerkiksi kohtauksen kulkua koskevien tietojen selvittäminen tai nämä molemmat. Sen jälkeen käsitellään kyseisen, hypoteesiksi asetetun sairauden diagnostiikkaa, joka voi sisältää tarvittavat laboratoriotutkimukset ja muut tutkimukset, esimerkiksi kuvantamistutkimukset, tai tutkimukset voivat olla omana otsikkonaan. Mikäli artikkelissa käsitellään erotusdiagnostiikkaa, se käsitellään tavallisesti diagnostiikan jälkeen tai osana diagnostiikkaa.

Seuraavan kokonaisuuden muodostavat hoidon eteneminen, hoitomuotojen valinta ja mahdollisena osana potilaan seuranta. Hoitoa käsittelevän osan alla erilaiset hoitomuodot voivat olla erikseen

otsikoituina, tai sitten ne esitetään toteuttamis- tai tärkeysjärjestyksessä. Lääkehoito yleensä käsitellään ennen muita hoitomuotoja, ja se voi olla erikseen jaettu vielä alaotsikoilla tarkempiin ryhmiin. Viimeisenä, harvinaisena osana on potilaan jatkohoito akuutin tilanteen väistyttyä.

Kuten rakenneosien järjestyksestä voi huomata, tekstin kulku ja yleensä myös otsikointi noudattelee opittua tai opetettua, ihanteellista toimintajärjestystä, vaikka käytännössä, varsinkaan kiireellisissä tilanteissa se ei potilaan hoidossa pädekään, vaan monet näissä osissa kuvatuista toiminnoista tapahtuvat päällekkäin. Akuutissa tilanteessa potilasta on hoidettava jo oireen mukaan, vaikka tukena olisi vasta alustava diagnoosi ja tutkimusten tuloksia ei olisi käytettävissä.

Jos kyseisen sairauden osalta tilanne poikkeaa totutusta toimintajärjestyksestä, potilaan tila on hengenvaarallinen tai jollakin toimenpiteellä, vaikka hoidon aloituksella on kiire, on tämä nostettu erillisenä mainintana yleensä joko alkuluettelmaan ennen ensimmäistä väliotsikkoa tai omaksi otsikokseen, esimerkiksi ensimmäisenä otsikkona saattaa olla Hätätilanteet. Näin ollen myös oletetusta tekstuaalisesta kokonaisrakenteesta poikkeaminen kantaa merkitystä.

Näiden lisäksi on kolme muuta, selvästi erottuvaa artikkelityyppiä. Lääkeaineen mukaan otsikoidut lääkeartikkelit käsittelevät akuuttihoitossa käytettävien lääkkeiden ominaisuuksia, käyttöaiheita ja antotapaa, toimenpiteen mukaan otsikoidut artikkelit taas kuvaavat akuuttihoitossa yleisten toimenpiteiden suorittamista. Oirelähtöiset artikkelit, toisin kuin tiettyä sairautta käsittelevät artikkelit, lähestyvät aihetta tietyn, päivystyksessä yleisen oireen näkökulmasta, kuten *Ohimennyt lyhytkestoinen tajuttomuus* tai *Päänsärky*. Näissä artikkeleissa on tietty oire, josta diagnoosia aletaan tarkentaa. Oirelähtöisiin artikkeleihin kuuluu myös toisentyypisiä artikkeleita, joiden otsikossa eksplisiitisti mainitaan potilas, kuten *Geriatrinen päivystyspotilas* tai *Päihtynyt potilas päivystyksessä*. Näissä artikkeleissa käsitellään sellaisten potilaiden erityispiirteitä, joiden tila tai yleiskunto ohjaa, vaikeuttaa tai muuttaa hoitoa.

Eri ryhmiin kuuluvissa artikkeleissa on hierarkkinen ero: lääkeartikkeli on äärimmäinen yksinkertaistus ja suora ohje, ja suhteellisen kiinteät rakenneosat jakavat artikkelin selviin jaksoihin. Toimenpiteitä käsittelevät artikkelit taas eroavat selvästi muista artikkeleista siinä, että niiden rakenne muistuttaa teknisen käyttöohjeen tai jopa ruokareseptin tekstilajia: aluksi kerrotaan, missä tilanteessa ja miksi tätä ohjetta sovelletaan, sen jälkeen mainitaan tarvittavat välineet ja miten toimenpidettä tulee valmistella, ja sitten annetaan toimenpiteen suoritusohjeet ajallisesti etenevässä järjestyksessä. Tämän jälkeen voidaan käsitellä erillisinä jaksoinaan ongelmatilanteita ja potilaan hoitoa toimenpiteen jälkeen, mutta nämä osat ovat harvinaisia.

Yksittäisen sairauden diagnostiikkaa ja hoitoa käsittelevissä artikkeleissa – olkoon erotettu useammaksi artikkeliksi tai käsitelty yhdessä – liikutaan perustasolla, pitäydytään tietyn sairauden piirissä, kun taas oirelähtöisissä artikkeleissa nostetaan esiin useita eri sairauksia.

Eniten oirelähtöiset artikkelit eroavat yhden sairauden tai tilan diagnostiikkaa ja hoitoa käsittelevistä artikkeleista siinä, että ne toimivat tavallaan käsitteellisesti ylemmällä tasolla: ne sisältävät tiivistetysti ja kokoavasti useamman artikkelin rakenteen diagnostiikan kulmakivistä, erotusdiagnostiikasta, hoidosta ja huomioitavista asioista. Näissä artikkeleissa erotusdiagnostiikka, tilan tunnistaminen ja hoidon aloittamisen kiireellisyys saavat yleensä suuremman painoarvon, kun taas kunkin tilan oireiden ja hoidon osalta usein viitataan linkin avulla kyseistä tilaa koskevaan erilliseen artikkeliin. Nämä oirelähtöiset artikkelit toimivatkin tärkeissä tai kiireellisesti hoidettavissa tiloissa hoidon ohjauksen ja tärkeyden apuvälineinä ja toisaalta kokoavat yleisten oireiden mahdolliset aiheuttajat samaan artikkeliin vaihtoehtojen punnitsemista varten.

Esimerkki 5 on katkelma oirelähtöisestä, näköhäiriöitä käsittelevästä artikkelista.

5) TOISEN SILMÄN AKUUTTI NÄÖN HEIKKENEMINEN

Spontaanisti ohimenevä

- Amaurosis fugax, ks. 10.30.
 - Kesto minuutteja
 - Ilmaantuu nopeasti.
- Näköhermon tulehdus
 - Kesto päiviä tai viikkoja
 - Löydöksenä RAPD, oireena silmän liikutteluarkuus
 - Voi liittyä MS-tautiin.

Pysyvä tai pitkäkestoinen

- Iskeeminen optikusneuropatia
 - Löydöksenä RAPD, papillaturvotus ja näkökenttäpuutos
 - Ohimovaltimotulehduksen (ks. 9.50) poissulku
 - Yli 50-vuotiaalla ohimokipu, leukaklaudikaatio, yleisoireet, yleensä B-La ja P-CRP suurentuneet
- Valtimotukos
 - Löydöksenä, tarkan näkemisen alueen korostuminen punertavana (ns. kirsikkamakula, red cherry spot) ympäröivän makulan ollessa kalpea
 - Ohimovaltimotulehduksen (ks. 9.50) poissulku
 - Ks. 10.40, 10.52 ja 10.54.
- Laskimotukos
 - Löydöksenä silmänpohjassa verenvuotoja, eksudaatteja, laajentuneet laskimot, turvonnut papilla
 - Ks. 10.40.

Tässä artikkelissa käydään ensin läpi esitietojen selvittäminen potilaalta ja näköhäiriöiden tutkiminen lyhyesti, ja sen jälkeen luokitellaan esimerkin tapaan kahden otsikkotason vaihtelulla erityyppisiä näköhäiriöitä: ylemmällä tasolla esitetään näköhäiriön tyyppi (kuten *Toisen silmän akuutti näön heikkeneminen*, *Kuvan vääristyminen*, *Kaksoiskuvat*) ja alemmalla tasolla määritellään erilaisia näköhäiriöiden piirteitä (*Spontaanisti ohimenevä*, *Pysyvä tai pitkäkestoinen*), jotka luonnehtivat oireita ja jakavat mahdollisia diagnooseja ryhmiin tietyn, sairauksia erottelevan tiedon (esimerkissä oireen

kesto) perusteella. Sen jälkeen seuraa vielä kappale, jonka otsikko on *Näköhäiriöpotilaan jatkotutkimukset*, jonka alaotsikot jakavat jatkotutkimukset kiireellisyyden perusteella kolmeen: *Päivystyksellisesti, Seuraavana aamuna, Lähipäivinä*. Artikkelin alku ja loppu noudattelevat yhtä sairautta käsittelevän artikkelin tyypillistä rakennetta, mutta tavanomaisesti otsikoitujen rakenneosien Oireet, Diagnostiikka ja Hoito sijaan on erotusdiagnostinen osa, jossa eri vaihtoehtoja vertaillaan muutamien tyypillisten piirteiden suhteen.

Tässä luettelamamuotoinen teksti on lukijan kannalta tehokkaimmillaan: se erottelee ja ryhmittelee olennaiset piirteet otsikkotasolla silmäiltäväksi ja osoittaa riittävän selvästi, mihin on syytä kiinnittää huomiota. Vaikka esimerkki ei sisällä ainoatakaan lukijaa ohjailevaa ilmausta – sellaiseksi tosin on ehkä tulkittavissa nominaalilausekkeella ilmaistu *Ohimovaltimotulehduksen (ks. 9.50) poissulku* –, se on selvästi tulkittavissa sekä ajattelua että toimintaa ohjaavaksi jaksoksi.

Esimerkissä luettelmatasot toimivat lisätiedon lähteinä: ensimmäisellä luettelmatasolla esitetään mahdolliset diagnoosit, ja toisella tasolla luonnehditaan kunkin sairauden keskeisiä piirteitä, joiden perusteella diagnoosi on todennäköisesti mahdollista asettaa. Lisäksi oppaan sisäisten linkkien avulla viitataan toiseen, kyseistä sairautta tarkemmin käsittelevään artikkeliin – lukijaa siis ohjataan hakemaan lisätietoa, mikäli sitä tarvitsee.

Koska *Akuuttihoito-opas* on tarkoitettu ensisijaisesti käytettäväksi sähköisessä muodossa, otsikointia silmäilemällä saa käsityksen kunkin artikkelin keskeisistä kohdista. Tämä on havaittavissa myös edellisestä esimerkistä. Verkkoteksteille ovat ominaisia suhteellisen lyhyet kappaleet, kuten aineistosani olevat luettelmat, sekä tiheä otsikointi. Tämä tukee lukutekniikkaa, joka on tyypillinen verkkoteksteille; tiedonhaun motivoima lukutapa suosii silmäilevää lukemista. Vaikka muoto tai otsikointi ei olisikaan määrämuotoinen, otsikoinnin avulla lukija löytää helposti tarvitsemansa tiedon.

Luettelamamuotoisen tekstin seassa oppaassa käytetään runsaasti taulukoita ja jonkin verran kuvia. Koska artikkelit on kirjoitettu kokonaan tavallisesti kohosteiseksi tulkittavaan luettelamamuotoon (Ledin ja Machin 2015: 469–470), kohosteiseksi niissä nousevatkin muut visuaaliset elementit.

Kuvat esittävät joko anatomisia rakenteita ja niihin kohdistuvia toimenpiteitä tai ovat hoidon kulkua kuvaavia vuokaavioita. Kuvien käyttöä voidaan perustella sillä, että sanallisesti esimerkiksi jonkin toimenpiteen kuvaaminen olisi hankalaa, kun taas kuvan tai kuvasarjan avulla voidaan sen eteneminen selvittää helpommin ja yksiselitteisemmin.

Taulukot käsittelevät yleisimmin erotusdiagnostiikkaa tai diagnostiikassa huomioitavia seikkoja, yleisiä oireita, sairauden aiheuttajia, hoitovaihtoehtoja tai lääkeseurauksia. Taulukointi ei kuitenkaan ole järjestelmällistä siinä mielessä, että tietyt jaksot olisi aina taulukoitu tai että kaikissa artikkeleissa taulukoissa esitettäisiin samoja asioita.

Taulukot kiinnittävät lukijan huomion ja asettuvat tekstuaalisesti uutisarvoiseen asemaan (Ledin ja Machin 2015: 472), mutta tekstin kokonaisrakenteen kannalta taulukointi ei muodosta tekstilajille

tyypillistä pakollista rakennetta – saman asian voi yhtä hyvin esittää myös leipätekstinä. Valinnaisena rakenneosana esiintyvä taulukointi vaikuttaakin siis enemmän käytännölliseltä ratkaisulta ja informaation tiivistämiskeinolta, jota käytetään tarvittaessa.

Oppaan artikkelit myös muodostavat tekstien verkoston oppaan sisäisten viittausten kautta. Sen lisäksi, että opas ohjaa toimintaa käytännön työssä, se myös ohjaa lukijaa etsimään relevanttia tietoa oppaan muista artikkeleista.

3.3 Luetelmamuodon erityispiirteitä

Kielitoimiston ohjepankin mukaan: ”Luetelma on listaus, jonka osat on kirjoitettu allekkain ja erotettu luetelmamerkein.” *Akuuttihoito-opas* on siten erikoinen, että se on kirjoitettu kokonaan luetelmamuotoon, kun tavallisesti luettelma on ainoastaan osana muuta tekstiä. Käsittelen seuraavaksi aineistossani esiintyvää luetelmamuotoa ja sen vaikutuksia tekstin rakentumiseen.

Akateemiselle tekstille on tyypillistä tekstuaalinen metadiskurssi. Siihen luetaan yleensä seuraavat kolme tehtävää: kokonaisrakenteen osoittaminen, siirtyminen asiakokonaisuudesta toiseen sekä osarakenteen osoittaminen (Luukka 1992: 49–50). *Akuuttihoito-oppaan* teksteistä tällaiset ominaisuudet puuttuvat lähes täysin, vaikkakin kokonaisrakenteen osoittajana Luukan (1992: 54) mukaan voidaan pitää myös otsikointia, ja otsikot samalla toimivat siirtyminä asiakokonaisuudesta toiseen.

Oman aineistoni valossa otsikointi toimii myös koheesiokkeinona, joka kokoaa otsikon määrittämän osarakenteen alle irrallisista luetelmakohdista koostuvan kappaleen, joka voidaan tulkita kokonaisuudeksi. Luetelmakohdilla ei kuitenkaan yleensä ole kielellisesti osoitettavissa olevia suhteita toisiinsa, vaan useimmiten lukijan tulee päätellä syysuhteet, väittämien perustelut ja tekstin koherenssi oman tietämyksensä valossa. Näin ollen otsikon kokoava vaikutus korostuu entisestään.

Väliotsikko voi toimia koko luetelman pääsanana, eikä sitä välttämättä toisteta tekstissä, kuten seuraavassa esimerkissä.

6) ESITIEDOT

- Perussairaudet (pahenemisvaiheet, diagnostiikan suuntaaminen)
- Infektio-oireet, rintakipu, rytmihäiriö
- Keuhkoembolialle altistavat tekijät (ks. 3.82)
- Oireiden vaikeusaste ensihoidon tavatessa potilaan
- Vaste jo annettuun hoitoon

Useimmiten kuitenkin kussakin luetelmakohdassa esitetään itsenäinen ajatuksellinen kokonaisuus, vaikka virkkeet eivät olisikaan täydellisiä:

7) MIGREENI

Diagnoosi

- Toistuva, aurallinen tai auraton, usein jyskyttävä ja toispuolinen päänsärky

- Aura voi olla näkökenttäpuutos tai laajeneva sahalaitamainen valokaari, sensorinen tai motorinen raaja- tai hemipareesi, puheen tuottamisen vaikeus tai näiden yhdistelmä siten, että yhden oireen korjautumista seuraa toinen puutosoire ("oireiden marssi").
- Päänsärky tulee vasta auran jälkeen.
- Ääni-, valo- tai hajuerkkyys
- Päänsärlyn alettua yleensä pahoinvointi ja uneliaisuus
- Kohtauksen kesto 4–72 t
- Alle 60 min kestävää auraa lukuun ottamatta neurologinen status normaali

Esimerkissä kaikki luetelmakohdat viittaavat otsikkoon, joka muodostaa niille koheesiota, vaikka tapa, jolla eri luettelmat siihen liittyvät, vaihtelee: osa kohdista viittaa selvästi tunnistettaviin kriteereihin, joilla diagnoosin voi asettaa (*Päänsärky tulee vasta auran jälkeen, Alle 60 min kestävää auraa lukuun ottamatta neurologinen status normaali*), kun taas osa luetelmakohdista viittaa enemmänkin lisätiedon antamiseen tai määritelmiin (*Aura voi olla näkökenttäpuutos tai laajeneva sahalaitamainen valokaari, sensorinen tai motorinen raaja- tai hemipareesi, puheen tuottamisen vaikeus tai näiden yhdistelmä siten, että yhden oireen korjautumista seuraa toinen puutosoire ("oireiden marssi")*).

Artikkelin otsikon lisäksi *Akuuttihoito-oppaassa* käytetään pääosin kahden tasoisia alaotsikoita, toisinaan on myös kolmas taso. Kiireisessä tilanteessa otsikointi epäilemättä helpottaa käyttäjää löytämään etsimänsä kohdan nopeammin. Oppaan otsikoinnissa ei nähtävästi siis pyritäkään perinteiseen hierakkiseen, eritasoisista otsikoista rakentuvaan malliin, vaan otsikoinnin avulla yritetään saada käyttäjälle silmäilytasolla hahmo asioista, jotka tilanteessa tulee ottaa huomioon.

Akuuttihoito-oppaan artikkeleissa käytetään yleensä kahdentasoista, joskus kolmentasoista, luetteloa. Luetelmia on kahdenmuotoisia. Ensinnäkin alaotsikon alla voidaan luetella ainoastaan yksittäisiä kohtia vaillinaisilla lauseilla tai jopa yksittäisillä nomineilla tai nominalisaatioilla (ks. esimerkki 6). Toisessa tyypissä luettelmat on muodostettu kokonaisiksi virkkeiksi, joko pelkästään ensimmäisellä tasolla tai toisen luettelmatason alakohtineen. Toisessa tapauksessa toisen tason luetelmakohdat saattavat olla vaillinaisia lauserakenteeltaan, kuten seuraavassa esimerkissä.

8)

- Ripulilääkkeitä on infektioripulin ja koliitin yhteydessä syytä välttää suolistopatogeenien (*Salmonella*, *Shigella*, *Clostridium difficile*) invasiivisuuden vuoksi.
 - Loperamidi
- Mikäli epäillään infektioripulia ja potilaan tila vaatii sairaalahoitoa, on mikrobilääkehoito aiheellinen.
 - Korkea kuume
 - Veriripuli [4.80]

Useimmissa luotelmissa luetelmakohdat ovat keskenään samanmuotoisia ja ne liittyvät suoraan johdantoilmaukseen tai otsikkoon siten, että kohdat ovat keskenään rinnasteiset. Johdantolauseen sijaan käytetään täydellisiä virkkeitä sekä johdantolauseen asemassa että alakohtina. Näin luotelma hahmottuu enemmänkin rakenteistetuksi tekstiksi kuin varsinaisesti luetteloksi.

Niissä tapauksissa, joissa käytetään johdantolauseita, sen alakohdissa ei yleensä käytetä luettelokohtien suhteita ilmaisevia konjunktioita *ja* tai *tai*, vaan lukija joutuu suhteuttamaan luettelmat toisiinsa muiden kielellisten vihjeiden tai tekstinulkoisen, kontekstuaalisen tietämyksensä perusteella.

Esimerkissä 9 kaikki alakohdat liittyvät samaan johdantoluettelmaan.

9)

- Mekaaninen ventilaatio
 - vähentää potilaan tekemää hengitystyötä hapenkulutuksen kannalta kohtuulliselle tasolle
 - optimoi verenkierto-olosuhteet
 - säätelee happo-emästasapainon respiratorista komponenttia keuhkotuuletuksella
 - voi vaurioittaa keuhkoja. [1.15]

Toisen tason luettelmaehtien antama tieto täydentää eri puolia mekaanisesta ventilaatiosta eli hengityskonehoidosta. Kolme ensimmäistä kohtaa ovat potilaan kannalta myönteisiä asioita, mutta viimeinen varoittaa lukijaa mekaanisen ventilaation vaaroista modaaliverbillä ilmaistun mahdollisuuden avulla (*voi vaurioittaa*). Kaikki kohdat kuitenkin ovat yhtä aikaa voimassa.

Seuraavassa esimerkissä taas johdantoluettelman alakohdat ovat toisilleen vaihtoehtoisia:

10)

- Hypertensiivistä kriisiä muistuttava kuva voi liittyä
 - nopeasti ilmaantuvaan sydämen vajaatoimintaan
 - verisuonitulehdukseen
 - akuuttiin munuaiskerästulehdukseen
 - ureemisen potilaan hypervolemiaan. [3.76]

Kukin alakohdista on oma kokonaisuutensa, jonka oireet muistuttavat hypertensiivistä kriisiä mutta esimerkiksi hoito voi erota siitä merkittävästikin. Tässä luettelma toimii muistutuksena erotusdiagnostiikasta, ja kohdat ovat keskenään vaihtoehtoiset – tämä ilmaistaan jälleen modaalisen *voida*-verbin avulla (modaaliverbien tehtävistä tarkemmin ks. luku 4.2.2.1 ja 4.2.3.1).

Pelkistetyimmillään luettelma voi olla seuraavan esimerkin kaltainen.

11)

- EKG (12-kytkentäinen ja rytmin jatkuva monitorointi)
 - Johtuminen, taajuus
 - AV-katkoksia
 - QT-aika
 - Pitkä PQ ja haarakatko
 - Viitteitä sairastetusta infarktista/Q-aalto [1.36]

Tämä on katkelma ohimennytta lyhytkestoista tajuttomuutta käsittelevästä artikkelista, ja kyse on tilanteessa tehtävistä tutkimuksista. Sen sijaan, että käytettäisiin kokonaisia virkkeitä tai edes selittäviä

alakohtia, koko EKG-tutkimusta ja siinä tarkkailtavia piirteitä luonnehditaan yksittäisillä sanoilla. Esimerkissä ei myöskään perustella, miksi kutakin löydöstä pitäisi etsiä ja mitä sen löytymisestä seuraa, vaan oletetaan tiettyjen ”liipaisinsanojen” aktivoivan kontekstuaalisen tiedon.

Kaikissa aineistoni artikkeleissa artikkelin otsikon alla on irrallinen luettelma, kutsun sitä tässä alkuluettelmaksiksi. Alkuluettelma sijoittuu heti kirjoittajan nimen ja artikkelin päiväyksen alle ennen ensimmäistä alaotsikkoa. Alkuluettelmallla voidaan nostaa varsinaisen tekstin edelle kohosteiseen asemaan sairaustilan tai hoidon kannalta olennaisia asioita. Nämä alkuluettelmat sisältävät yleensä määritelmiä, mutta myös yleisiä luonnehdintoja sairauden vakavuudesta tai hoidon kiireellisyydestä sekä hoidon suuntaamiseen liittyviä seikkoja.

Seuraavassa esimerkissä on tyypillinen alkuluettelma, jossa kolmella kohdalla luonnehditaan päänsäryn esiintyvyyttä, ohjataan tunnistamaan taulukon avulla kiireellistä hoitoa tarvitsevat potilaat ja erottelemaan toisen taulukon avulla ne potilaat, jotka tulee lähettää erikoissairaanhoidon sen sijaan, että heitä hoidettaisiin perusterveydenhoidossa.

12) 10.10 PÄÄNSÄRKY

Jyrki Ollikainen

23.5.2018

- Päänsärky on tavallinen, lähes aina hyvänlaatuinen, perusterveydenhoidon keinoin diagnosoitavissa ja hoidettavissa oleva oire.
 - Jännityspäänsärky on yleisin, migreeni toiseksi yleisin.
- Päänsäryn tietyt piirteet tai liitännäisoireet viittaavat henkeä uhkaaviin sairaustiloihin (hälytysmerkkejä, ks. taulukko 10.10a).
- Erikoissairaanhoidon ohjattavat potilaat, ks. taulukko 10.10b.

Kuten edellä olleista esimerkeistä voi havaita, luettelmuotoisen tekstin sujuva ymmärtäminen vaatii paljon taustatietoa, jotta luettelmaehtoien väliset yhteydet ja niiden suhteet toisiinsa kykenee hahmottamaan. *Akuuttihoito-oppaan* ohjeet eivät ole tarkoitettu kenelle tahansa, kuten esimerkiksi ruokareseptit tai käyttöohjeet, vaan ne edellyttävät runsaasti erityistä osaamista ja tekstinulkoista, täydentävää tietoa. Toisaalta tällainen tekstityyppi mahdollistaa myös tehokkaan kirjoittamisen silloin, kun lukija on diskurssiyhteisön jäsen ja jakaa riittävästi yhteistä tietoa kirjoittajan kanssa (Koskela ja Katajamäki 2012: 458). Lisäksi lukijan tulee ymmärtää tekstin sisäinen logiikka eli tunnistaa tekstilaji.

Luettelmuotoon liittyy myös oleellisesti se, mistä näkökulmasta asiat esitetään. *Akuuttihoito-oppaan* diskurssissa tyypillisesti diagnostiikka ja hoito kuvataan ilman aktiivista tekijää tai kohdetta, niin kuin prosessi itsessään johtaisi tiettyyn tulokseen (Murawska 2010b; persoonamuodon valinnasta enemmän ks. luku 3.5). Tämä kirjoitustapaa korostaa tekstin jakaminen yksittäisiin luettelmaehtoihin, ikään kuin siisteihin ja selvärajaisiin prosessin osiin, jotka muodostavat yhtenäisen kokonaisuuden. Tekstiä tarkemmin tarkasteltaessa voidaan kuitenkin huomata, että luettelmat sisältävät vain poimin-

toja prosessista, eivät siis kuvaa sen kulkua järjestelmällisesti ja kokonaan, toisin kuin esimerkiksi huonekalujen kokoamisohjeet. Taustoittavaa tietoa aineistoni teksteissä on ylipäättään kovin vähän. Suosituksille ja toimintaohjeille ei yleensä anneta lainkaan perusteluja, vaan tieto esitetään annettuna. Koska aineisto koostuu pääosin kokonaisista tai vaillinaisista päälauseista tai pelkistä substantiiviluetoista määritteineen, kausaalisten suhteiden ilmaisemiselle ei oikeastaan olekaan luontevaa paikkaa (ks. tarkemmin kieliopillisen metaforan vaikutuksista informaatorakenteeseen luku 3.4).

Eräs tapa hahmottaa perustelujen yleisyyttä on laskea kausaalisuutta ilmaisevien konnektiivien ja konjunktoiden määrä. Koko aineistostani löytyy vain kaksi esiintymää *siksi*-konnektiivista, ja *koska*-konjunktio esiintyy aineistossa viisi kertaa, kun taas esimerkiksi päätelmiä tai seurauksia ilmaisevia sanoja *sillä*, *nimittäin* ja *siis* ei esiinny lainkaan (VISK § 1128, 1132).

Kaikkiaan kausaalista suhdetta ilmaiseviksi hahmottuvia sanoja esiintyy 23 kappaletta, kun aineistoni kokonaissanamäärä on 15 000. Karvonen (1996: 160–161) esittää, että kommentoivien ja kytkevien ilmaus vähyys on keskeinen keino kuvata asiat kirjoittajasta riippumattomina, objektiivisina faktoina. Seuraavissa esimerkeissä on selvimmin esitetty perustelu väittämälle tai toimintatavalle.

- 13) **Koska** toipumisvaiheen nopean trombosyyttinousun yhteydessä on kuvattu trombooseja, suositellaan matala-annoksisen ASA:n aloittamista, jos trombosyyttitaso pysyy vakaana yli $50 \times 10^9/l$. [13.66]

14)

- Hoitoon liittyy allergisten reaktioiden mahdollisuus.
 - Tavallisimpia urtikaria ja kuume
 - Joskus anafylaktoideja reaktioita tai TRALI (transfusion related acute lung injury, ks. 13.76)
 - **Siksi** edeltävästi annetaan antihistamiinia tai kortikosteroidia.

Esimerkissä 13 tietyn suositellun hoidon (*matala-annoksisen ASA:n*) aloittamista perustellaan *koska*-konjunktioilla alkavassa lauseessa tutkimuskirjallisuudessa esitettyjen tulosten valossa (*on kuvattu trombooseja*). Esimerkissä 14 viimeisessä luettelmakohdassa oleva *siksi*-lause täydentää ensimmäisessä luettelmakohdassa olevaa huomautusta allergisten reaktioiden mahdollisuudesta – anaforinen *siksi* viittaa edellä esitettyyn, ja sen tavallisin paikka onkin lauseen alussa (VISK § 1131).

Huomattavasti konnektiivien ja konjunktoiden käyttöä yleisempiä aineistossani ovat luettelamuotoon pohjautuvat perustelun keinot. Väitteen ja sen perustelun suhde ei välttämättä käy ilmi lauseen ilmitasolla, vaan se on täydentävien tietojen varassa sellaiseksi tulkittavissa. Seuraavassa esimerkissä kaksi alemman tason luettelmaa toimivat ylemmän tason perusteluina:

15)

- Potilaan hemodynaaminen status pyritään korjaamaan normaaliksi mahdollisimman pian.
 - Vältetään vuotosokin seurannaisongelmat.

- Valmistetaan hoitotoimenpiteitä varten. [4.47]

Ensimmäisessä luettelussa esitetään tilanne, johon lääkärin tulisi potilasta hoitaessaan pyrkiä, vaikka agenttia tai kohdetta ei eksplikoidakaan. Kaksi seuraavaa luettelmaa täydentävät tietoa siitä, mihin hemodynaamisen statuksen korjaamisella pyritään tai miksi näin tulisi toimia.

Seuraavassa esimerkissä jälkimmäinen virke on myös tulkittavissa ensimmäisen perusteluksi toimintajärjestykselle kriittisesti sairasta potilasta hoidettaessa, vaikka lauseiden väliltä puuttuu kausaalista suhdetta osoittava sana (vrt. *Koska hengitysvajaus on tavallisin* tai *Hengitysvajaus on tavallisin ... Sen vuoksi...*). Myös tämäläyppiset perustelut ovat aineistossani yleisiä – koska asiat ikään kuin vain todetaan päälauseilla, myös perustelut hahmottuvat niiden välille, mutta kieliopillisesti niitä ei välttämättä ilmaista lainkaan.

- 16) Hengitysvajaus on tavallisin kriittisesti sairaiden potilaiden peruselintoimintojen häiriö. Hengitysvaikeuden aste ja hengityksen tukihoidon tarve arvioidaan heti (ks. taulukko 1.05). [1.05]

Kolmas tyypillinen perustelu aineistossani on suluissa esitetty, useimmiten yksittäinen sana. Seuraavassa esimerkissä huomautus (*tukosriski*) perustelee vaatimusta yksilöllisestä arvioinnista.

- 17) Antitromboottista lääkitystä (varfariini, ASA, klopidooreeli, uudet antikoagulantit) saavilla potilailla hemostaasin korjaus vaatii yksilöllisen arvioinnin (**tukosriski**). [4.47]

Kuten edellä olevista esimerkeistä käy ilmi, tiedon esittäminen ilman perusteluja nojaa vahvasti tekstinulkoiseen tietoon. Luettelmarakenteen vuoksi tekstissä ei välttämättä ilmaista koheesiota eksplisiittisesti vaan silloinkin, kun kyse on esimerkiksi kausaalisista suhteista, luettelmaehtoien väliset suhteet jäävät lukijan pääteltäviksi (Karvonen 1995: 83–84).

Oppaan kuitenkin väitetään takakansitekstinkin perusteella olevan käytännön opas, joten on mahdollista ja syytä olettaa, että luettelma muodostuva teksti on lukijalleen koherentti kokonaisuus (Karvonen 1995: 55–57). On varmasti oikein olettaa, että diskurssiyhteisön jäsen kykenee täydentämään puuttuvan tiedon tai ainakin selvittämään jostakin muualta sen, mitä kussakin tilanteessa tulee ottaa huomioon. Toisinaan tekstissä eksplisiittisesti esitetään, mitä tulee ottaa huomioon; tämä saa kohosteisen aseman muun tekstin seassa, ja se voidaan mahdollisesti tulkita olevan jollakin tavalla kriittinen tieto tilanteen kannalta (potilaan henki, usein tehty virhe, normaalista poikkeava lääkkeen käyttötapa tms.).

Akuuttihoito-oppaan artikkelit nojaavat siis vahvasti lukijan tunnistamaan tekstin rakenteeseen aukkoineen ja kontekstuaalisine vaatimuksineen. Jan-Ola Östman (2005: 134) kutsuu tällaisia diskurssiyhteisön tunnistamia ja kokonaisen tekstin kattavia konstruktioita diskurssikaavoiksi (engl. *discourse patterns*). Diskurssikaavat auttavat kielenkäyttäjää hahmottamaan tekstikokonaisuuksia koheren-

teiksi, ymmärrettäviksi kokonaisuuksiksi eli toimivat ymmärtämisen kehyksinä. Ne sisältävät tietyt rakennepiirteet ja kielenkäyttötavat, joilla on tietyssä kontekstissa tietty funktio. Vaikka *Akuuttihoito-oppaan* tekstit eivät kokonaisrakenteen tarkastelun kannalta sisälläkään perinteiseen tapaan (vrt. ruokaresepti) kiinteitä ja pakollisia osia, toistuvat osat ja rakenteen johdonmukaisuus tekstistä toiseen auttavat lukijaa hahmottamaan ja tulkitsemaan ohjeen koherentiksi.

Lukija myös kutsutaan tuomaan tulkintaan oma kontekstuaalinen, lääketieteellinen ymmärryksensä ja sen valossa täydentämään puuttuva, ilmipanematon tieto, josta diagnostiikan tai hoidon kannalta tarpeellisen osan pitäisi kussakin tilanteessa aktivoitua.

Koherentiksi oletettu rakenne oppaan eri artikkeleissa ohjaa toistuessaan toisaalta lukijaakin löytämään etsimänsä tiedon, tunnistamaan (intuitiivisesti tai kokemukseen perustuen) eri rakenneosat ja havaitsemaan omalta kannaltaan tarpeellisen informaation. Tätä ilmiötä on kutsuttu myös tekstinlajin tajuksi (Kalliokoski 2006). Esiintymiskontekstissaan toistuva rakenne on suhteessa muihin *Akuuttihoito-oppaan* artikkeleihin ja muiden oppaiden samanlaisiin artikkeleihin, ja myös se ohjaa lukijaa – kokonaisuus antaa tulkintaohjeen tekstille.

Sen lisäksi, että oppaan käyttäjää kutsutaan täydentämään tilanteinen käytännön tieto, sen tekstit myös käyvät interdiskursiivista keskustelua taustalla vaikuttavien toisten tekstien, kuten alku-peräistutkimusten, hoitosuosittelujen ja oppikirjatekstien kanssa. Oppaan fragmentit ovat toisista teksteistä tuotuja poimintoja, jotka on kussakin tilanteessa katsottu oleellisiksi, ja niiden välittämää tietoa suhteutetaan käytännön työhön ja modifioidaan erityisesti modaalisuuden avulla.

Toisista diskursseista jäänteinä aineistossani ovat esimerkiksi suoraan hoitosuosituksiin ja alku-peräistutkimuksiin jäljitettävät ilmaukset, kuten seuraavissa esimerkeissä *suositellaan liitettäväksi* (18) ja *sen merkitystä ei ole kiistattomasti osoitettu* (19). Tässä yhteydessä suositteleminen ei tarkoita kirjoittajan mielipidettä vaan yleisesti hyväksyttyä ja näyttöön perustuvaa hoitoa, jonka ohjaavina dokumentteina hoitosuositukset toimivat.

18) Suuriannoksiseen glukokortikoidihoitoon suositellaan **liitettäväksi** ASA 100 mg × 1 tromboosiprofylaksina. [9.51]

19) Kortikosteroidia annetaan useimmissa keskuksissa, mutta **sen merkitystä ei ole kiistattomasti osoitettu**, etenkin epätyypillisessä HUS:ssa (poikkeuksena ehkä anti-FH-vasta-aineen aiheuttama). [13.66]

Luettelmarakenne näyttäytyy aineistoni valossa uutena normaalina suorasanaisen leipätekstin sijaan. Aiemmissa tutkimuksissa (Ledin ja Machin 2015, 2016) sen on tulkittu olevan kohosteinen ja siksi aina merkitystä kantava ratkaisu. Multimodaalisenakin tutkimussuuntana tunnetussa tekstintutkimuksessa erilaisia visuaalisia elementtejä, kuten luetteloita, kuvia ja taulukoita, on tutkittu tietynlaisen diskurssin tai valta-aseman rakentamisen kannalta (esim. Kress ja van Leeuwen 2006), mutta

omassa aineistossani luettelomuoto vaikuttaa olevan enemmänkin käytännöllinen, yhteisön tunnistamaan tekstilajiin liittyvä tai jopa puhtaasti tekninen valinta.

Lisäksi tekstin esitystapaan juuri luettelomuotoisena varmasti vaikuttavat lääketieteen alan kansainväliset käytännöt: useat ulkomaiset erikoislääkäriyhdistykset ja hoitosuosituksia ylläpitävät tahot käyttävät samanlaista muotoa omissa suosituksissaan, ja lääketieteessä se tuntuu vakiintuneen yleiseksi käytännöksi kliinisten ohjeiden antamiseen.

3.4 Kieliopillisten metaforien vaikutukset informaatorakenteeseen

Suomen kielen kieliopillisesti melko vapaa sanajärjestys mahdollistaa eri lauseenjäsenten painottamisen sanajärjestyksen keinoin, ja tietyn järjestyksen valinta kertoo lauseen informaatorakenteesta ja sen tehtävästä diskurssissa (VISK § 1367). Tunnusmerkittömäksi sanajärjestykseksi tulkitaan esimerkiksi peruslausetyyppi, jonka järjestys on subjekti, verbi ja objekti, ja muutoinkin subjekti sijoittuu yleensä finiittiverbin edelle. Neutraalista poikkeava sanajärjestys lauseissa kertoo myös lauseen kontekstisidonnaisuudesta eli informaatorakenteen kantamasta merkityksestä: siitä, mitä oletetaan tunnetuksi ja mitä esitetään uutena tietona. (VISK § 1366.)

Yksi lauseiden informaatorakenteeseen vaikuttava ilmiö aineistossani on se, että lääkärin toimintaa ja erilaisia potilaan tutkimiseen ja hoitamiseen sekä sairauksiin liittyviä prosesseja ilmaistaan usein varsinaisten toimintaa kuvaavien verbien sijaan verbeistä johdetuilla substantiiveilla eli deverbaalisubstantiiveilla, jolloin lauseessa predikaattiverbinä toimii kopula tai muu neutraali verbi. Seuraavissa esimerkeissä 20 ja 21 ohjataan lääkärin toimintaa (*seuranta on aiheellinen*) tai kuvataan asiointilaa (*hoito onkin tarkkailua*) niin, että toiminta esitetään substantiivien avulla ja verbi antaa lauseelle vain syntaktisen hahmon (Karvonen 1991: 152).

20) Jos ennestään on tiedossa sydänsairaus, **seuranta** rytmihäiriöperäisen synkopen varalta **on aiheellinen**. [1.36]

21) Raskauskolestaasin **hoito onkin** ensisijaisesti sikiön **tarkkailua** synnytysosastolla. [16.23]

Aineistossani deverbaalisubstantiivien yhteydessä esiintyy toisinaan myös modaaliverbi tai modaalinen verbirakenne, kuten seuraavissa esimerkeissä 22 ja 23.

22) Nielun lihastonuksen ja heijasteiden **vaimentuminen voi ahtauttaa** ylähengitystien. [1.10]

23) Tilan edetessä kudosisvaurioiden **kehittyminen voi laukaista** DIC:n, jolloin laboratorio-
löydöksetkin muuttuvat. [13.65]

Näissä substantiiveissa kyse on elimistössä mahdollisesti tapahtuvista muutoksista, ja modaalinen finiittiverbi kuvaa ensimmäisestä, deverbaalisubstantiivilla ilmaistusta prosessista joissakin tilanteissa

seuraavaa tulosta (*vaimentuminen voi ahtauttaa ylähengitystien, kehittyminen voi laukaista DIC:n*). Silloin kun rakenteessa on modaaliverbi, lausesubjekti useimmiten viittaa elimistön mahdolliseen reaktioon ja modalisuus on dynaamista – kyse ei siis ole elollisesta subjektista.

Kieliopillisilla kategorioilla, kuten substantiiveilla ja verbeillä, voidaan olettaa olevan tunnusmerkittömät tehtävänsä. Kun tästä tunnusmerkittömästä käytöstä poiketaan, kuten edellä olevissa esimerkeissä 20–23 ilmaisemalla toimintaa verbin sijasta substantiivilla, sitä kutsutaan kieliopilliseksi metaforaksi (Halliday 1985: 321). Kieliopillisen metaforan avulla ilmauksia voidaan esittää abstraktimmalla ja yleisemmällä tasolla sekä nostaa erilaiset prosessit ja toiminta informaatorakenteessa teemapaikalle sen sijaan, että niitä ilmaistaisiin finiittiverbillä (Karvonen 1995: 168–169).

Kieliopillisia metaforia on kahdenlaisia: ideationaalisia ja intersubjektiaalisia (Karvonen 1995: 167). Keskityn tässä yhteydessä ideationaalisiin metaforiin, joissa kyse on kieliopillisen kategorian tunnusmerkkisestä käytöstä. Intersubjektiaaliset metaforat taas liittyvät siihen, kuinka kirjoittaja ilmaisee asenteitaan ja suhtautumistaan tietoon. (Karvonen 1995: 167).

Kieliopillisten metaforien käyttöön liittyy tekstuaalisen koheesion kannalta mielenkiintoinen ilmiö: sen sijaan, että asioiden välisiä yhteyksiä ilmaistaisiin odotuksenmukaisesti konjunktioiden avulla, suhde voikin näkyä verbistä (Karvonen 1991: 153).

24) Sympaattisen hermoston ja reniini-angiotensiinijärjestelmän **aktivoituminen johtaa** verenkierron **hyperdynamiaan**. [3.75]

25) Antitromboottista lääkitystä (varfariini, ASA, klopidoogreeli, uudet antikoagulantit) saavilla potilailla hemostaasin **korjaus vaatii** yksilöllisen **arvioinnin** (tukosriski). [4.47]

Esimerkissä 24 verbistä johdetulla substantiivilla *aktivoituminen* ilmaistaan elimistössä tapahtuvaa prosessia ja finiittiverbillä *johtaa* prosessin kausaalisuhdetta sen tulokseen. Esimerkissä 25 taas lääkärin tekemä hoitotoimenpide *hemostaasin korjaus* alistetaan aktiivimuotoisen verbin *vaatii* avulla ehdolliseksi *arvioinnille*, kun tunnusmerkittömässä muodossaan tässä tulisi käyttää velvoittavuutta ilmaisevaa modaalista verbirakennetta tai muulla tavalla osoittaa arvioinnin välttämättömyyttä.

Nominaalistuksien avulla toiminta voidaan esittää ennalta oletettuna ja varmana, jolloin toimintaa ei tarvitse enää esittää uutena (Karvonen 1996: 152). Tämä vaikuttaa oleellisesti lauseen informaatorakenteeseen: aineistossani nominaalistuksien avulla kasataan tietoa teemapaikalle, ja näin esitellään se ikään kuin jo tiedettynä asiana.

Seuraavissa esimerkeissä ennen finiittiverbiä on *-minen*-johtimella abstraktiksi substantiiviksi muutettu verbi (*korjaamista, nopeutumista*), joka näissä passiivilauseissa toimii objektina.

26) Kroonista hengitysvajasta sairastavan potilaan hypoksemian **korjaamista** normaalitasoa korkeammalle varotaan, koska hypoksisen hengitysärsytyksen loppuminen voi johtaa ventilaation vähentymiseen (ks. 5.30). [1.15]

- 27) Ryhmien IA ja IC rytmihäiriölääkkeen aiheuttamaa eteisvärinän ja eteislepatuksen kammiiovasteen paradoksaalista **nopeutumista** hoidetaan ensisijaisesti beetasalpaajalla, mutta myös verapamiili tai digoksiini saattaa tulla kyseeseen. [3.48]

Teemapaikalla olevat objektit saavat molemmissa esimerkeissä pitkät määriteosat, joilla kuvataan tilanteen kehystä. Deverbaalisubstantiivien avulla tekstissä on mahdollista tematisoida prosesseja, toisin kuin verbilausekkeella (Karvonen 1991: 159).

Toisaalta aineistossani käytetään nominalisaatiota myös informaatorakenteen kannalta reemiosassa. Tällöinkin finiittiverbit ovat abstrakteja ja lauseet yleistävämpiä kuin ne olisivat ilman nominalistusta (Karvonen 1991: 154).

Seuraavista esimerkeistä 28 ja 29 puuttuvat agentit ja prosessit vain todetaan. Syntaktiselta muodoltaan lauseet ovat yksinkertaisia, mutta niiden ilmaisemat prosessit huomattavasti monimutkaisempia.

28)

- Tavoitteena on turvallinen, asteittainen verenpaineen lasku joko laskimoon tai suun kautta annosteltavilla lääkkeillä.
- Hypertensioon liittyvät hätätilanteet, aortan dissekoituma (ks. 3.80) ja keuhkopöhö (ks. 3.36), edellyttävät verenpaineen välitöntä alentamista laskimoon annettavalla lääkehoidolla. [3.76]

- 29) Hoito on mahdollisimman pikainen raskauden päättäminen (yleensä keisarileikkaus), jonka ansiosta viime vuosina sekä äidin että sikiön kuolleisuus on laskenut 50–80 % tasolta 20 % tasolle. [16.23]

Kieliopilliset metaforat ovat aineistossani yleisiä myös osana substantiiveista muodostuvia luetteluita, kuten esimerkki 30 osoittaa.

30) ESITIEDOT

- Tajunnanmenetyksen tyyppi (täydellinen, heikotusta yms.)
- Ennako-oireet, niiden kesto, rytmihäiriötuntemukset
- Potilaan toiminta ennen tajunnanmenetystä
- Jälkioireet
- Sydämentahdistin tai tiedossa oleva sydänsairaus
- Vastaavien oireiden esiintyminen aikaisemmin potilaalla tai suvussa
- Käytössä oleva lääkitys

Tällaisessa yhteydessä nominaalistuksien käyttö on motivoitua erityisesti siltä kannalta, että luettelamuotoiset kohdat ovat näin muodoltaan samanlaisia, kuten kielenhuollolliselta kannalta luotelman osien oletetaan olevan.

On siis tulkittavissa, että kieliopillisen metaforan kaikki esiintymät aineistossani eivät liity suoraan informaatorakenteen muokkaamiseen ja näkökulman valintaan, vaan itse asiassa verbin nominalisaatio palvelee myös luettelamuodon rakentamista.

Samoin nominalisaatio vaikuttaa olevan tärkeä keino erityisesti aineistossani olevien taulukoiden kannalta: jotta esimerkiksi erilaiset oireet ja elimistön reaktiot saadaan taulukoitua samanmuotoisiksi, prosessien muuttaminen abstraktimmalle tasolle mahdollistaa erityyppisten asioiden vertailun taulukoissa, kuten esimerkin 31 taulukossa tiettyjen diagnostisten tilojen (kuten esimerkiksi *Keuhkokuume tai muu hengitysteiden tulehdus, Spontaani ilmarinta*) ja toisaalta sairauden puhkeamisen tai etenemisen (*Alahengitystiehtauman **vaikeutuminen** kroonisen keuhkohtaumataudin ja astman yhteydessä, Akuutin keuhkovaurion **kehittyminen***) rinnastamisen.

31)

Taulukko 1.10a. Hengitysvaikeutta pahentavat sairaudet ja niiden komplikaatiot.

SAIRAUS	KOMPLIKAATIOT
<i>Keuhkokuume ja muut vakavat infektiot</i>	Alahengitystiehtauman vaikeutuminen kroonisen keuhkohtaumataudin ja astman yhteydessä
	Sydämen vajaatoiminnan kehittyminen
	Akuutin keuhkovaurion kehittyminen
<i>Krooniset keuhkosairaudet</i>	Sydämen oikean puolen kuormittuminen ja vajaatoiminta
	Keuhkokuume tai muu hengitysteiden tulehdus
	Spontaani ilmarinta
<i>Sydämen vajaatoiminta</i>	Ekstravasaatiosta johtuva pienten ilmäteiden ahtautuminen (kardiaalinen astma)
<i>Keuhkoembolia</i>	Jopa molemminpuolisen sydämen vajaatoiminnan kehittyminen

Luetelmamuodon avulla myös kokonaisten kappaleiden käsitteleminen onnistuu hyvin vähillä finiittiverbeillä, kuten esimerkissä 32.

32) HOITO

- Perussyyn hoito aloitetaan jo päivystyksessä.
- Sairauden salliessa mahdollisimman nopeasti mobilisoiminen jo päivystyksessä
- Lääkityksen tarkistaminen
 - Lääkkeiden aiheuttamat haitat ja vältettävä lääkitys, ks. taulukko 17.10d.
- Kaatuilun syyn ja hoidon selvittämiseksi konsultaatio tai lähete oman sairaalan geriatrin tutkimukseen tai perusterveydenhuoltoon omalle lääkärille
 - Tasapainon ja lihasvoimien kuntoutus, kävelyn parantaminen, lääkityksen korjaaminen, sairauksien optimaalinen hoito, näön tarkistus, ym.

Tämä eroaa aiemmasta esimerkistä 30 siinä, että tässä ilmaistaan pelkkien oireiden sijaan monimutkaisempia prosesseja pääasiassa pelkkien substantiivien ja niiden määritteiden avulla – esimerkin ainoa finiittimuotoinen verbi *aloitetaan* esiintyy ensimmäisessä luettelussa.

Kieliopilliset metaforat ovat siis *Akuuttihoito-oppaan* teksteissä erityinen tekstuaalinen resurssi, jolla voidaan ilmaista tiiviisti paljon tietoa, mutta ne myös palvelevat tekstin rakenteen muodollista järjestystä. Kuten jo luetelmamuodon käsittelyn yhteydessä luvussa 3.3 totesin, tällainen tekstuaalinen strategia vaatii lukijalta paljon täydentävää, kontekstuaalista tietoa, jotta ohjailevan tekstin kommunikatiivinen tarkoitus toteutuu.

Kaikkiaan etenkin verbeistä johdettujen substantiivien käyttö on ominaista aineistolleni. Tällä tavalla esitetty teksti on tiivistä mutta aukkoista (Karvonen 1991: 161), ja asiat esitetään annettuina. Teemapaikalla voidaan nominaalistuksien avulla esittää erilaisten määritteiden kautta runsaasti tutuksi oletettua tietoa, ja prosessit vain todetaan ikään kuin itsestään tapahtuvina. Kun lisäksi eksplisiittiset koheesiokeinot pääosin puuttuvat, eikä tekstin väittämiä juurikaan suhteuteta toisiinsa, lukijan tehtäväksi jää vain uskoa sanottu.

3.5 Henkilöviitteiden puuttuminen ja persoonamuodon valinta

Lääketieteen sosiologian tutkimuksessa on esitetty lääketieteellisen diskurssin noudattavan biomedikaaliseksi malliksi kutsuttua käsitteistystä, jossa sairaudet nimetään tietyllä tavalla ja niistä muodostetaan itsenäisiä entiteettejä, jotka ilmenevät sellaisenaan muuttumattomina kaikilla potilailla. Sairaudet representoidaan siis itsenäisiksi olioiksi, jolloin niihin ja niihin liittyviin asioihin voidaan viitata nominaalistuksilla sen sijaan, että keskityttäisiin kuvaamaan tilannekontekstia eli potilasta ja hänen sairautaan, oireitaan ja hoitoaan kokonaisuutena. Esimerkiksi lääkärit ja potilaat saattavat viitata samaan tilanteeseen täysin eri termeillä: potilas puhuu vatsakivusta, lääkäri taas sapenjohtimen tukkeumasta. (Murawska 2010a: 79.)

Lääketieteellisessä diskurssissa on yleistä viitata potilaaseen vain ruumiinosan tai oireen avulla eli metonymialla (Murawska 2010a: 83–85):

33) **Silmiä** valotetaan suoraan edestä vuorotellen noin 2 sekunnin ajan, toistetaan ainakin 7 kertaa peräkkäin. [10.17]

34) Runsaana jatkuva **vuoto**, jota ei tähystyksellä pystytä paikallistamaan, ohjataan angiografiaan. [4.47]

Esimerkissä 33 ohjataan lääkäriä tutkimaan potilasta tietyin kliinisin testein tilanteessa, jossa läsnä fyysisesti ovat sekä lääkäri että potilas, mutta potilaasta mainitaan ainoastaan tutkittava ruumiinosa, *silmät*. Esimerkissä 34 taas lauseopillisena objektina toimii sana *vuoto*, joka ohjataan jatkotutkimuksiin, sen sijaan, että sinne ohjattaisiin itse potilas.

Samaan kielelliseen representaatioon kuuluu se, että vaikka potilaaseen viitattaisiinkin kokonaisuutena, oireet ja reaktiot on jokainen lueteltu niin kuin ne olisivat itsenäisiä entiteettejä, jotka eivät

ole osa potilaan sairauden kokemusta (Murawska 2010a: 79). Lääketieteen kielellä ei siis esitetä totuutta sinällään, vaan asiat esitetään tietystä näkökulmasta; lääketieteelliseen diskurssiin on juurtunut tietynlainen tapa esittää todellisuutta.

Kun potilas esitetään sairauden sijaintipaikkana tai hoitotoimenpiteiden kohteena, lukijan huomio kiinnittyy tutkittavaan sairauteen tai suoritettavaan hoitoon pikemminkin kuin potilaaseen itseensä. Vaikka potilas onkin tekstissä läsnä, hänellä ei ole lauserakenteessa prominenttia asemaa, vaan potilas toimii adverbiaalitäydennyksenä tai määritteenä ja näin ilmaisee kuvailtujen tosiasioiden tai toimenpiteiden sijainnin. (Murawska 2010a: 85.)

Subjektina potilas esiintyy aineistossani hyvin harvoin, objektina hieman useammin. Useimpien sana *potilas* esiintyy osana määriteketjua (kuten *Etenkin lisähappea saavan **potilaan** vaikeakin ventilaatiovajaus voi jäädä huomaamatta.* tai *Hengitysvajaus on tavallisin kriittisesti sairaiden **potilaiden** peruselintoimintojen häiriö.*) tai adverbiaalina (kuten ***Potilaalla** on diagnoosia tukevia klinisiä piirteitä.* tai *Jatkuvasti koholla oleva ANCA-titteri **granulomatoottista polyangiittia** tai **mikroskooppista polyangiittia** sairastavalla **potilaalla** merkitsee usein suurentunutta uusiutumisvaaraa.*)

Murawska (2010b: 80) esittää, että tämä käsitteistys vaikuttaa myös siihen, mikä nostetaan lauseessa subjektiksi ja mikä on objekti ja toisaalta tämän myötä koko lauserakenteeseen. Omassa aineistossani on helppo nähdä yhteys ajatukseen: jos finiittiverbi on aktiivimuotoinen, lausesubjektina yleensä esiintyy sairauden tai sen ilmentymiin tai hoitoon liittyvä substantiivi tai nominaalilauseke henkilöviitteisen subjektin sijaan. Seuraavissa esimerkeissä finiittiverbi on aktiivimuotoinen, mutta subjekteina toimivat tietyt sairaustilat (esimerkki 35) ja toisaalta lääkkeen valintaan vaikuttavat tekijät luetteleva nominaalilauseke (esimerkki 36).

35) Hypertensioon liittyvät **hätätilanteet**, aortan dissekoituma (ks. 3.80) ja keuhkopöhö (ks. 3.36), edellyttävät verenpaineen välitöntä alentamista laskimoon annettavalla lääkellä. [3.76]

36) Lääkevalintaa ohjaavat **tilanteen vaikeutumisen syy, oheissairaudet ja potilaan aikaisemmin käyttämä lääkehoito**. [3.76]

Esimerkissä 35 *hätätilanteet* on nostettu teemapaikalle lauseen alkuun ja ne jopa *edellyttävät* tiettyjä toimia, esimerkissä 36 on aiemmin puhuttu eri lääkevaihtoehtoista ja siten käänteinen informaatorakenne on teemankulun kautta perusteltu – siitä huolimatta tilanne hahmottuu eri tavalla kuin jos tilalla olisi prototyyppinen passiivilause (vrt. *Lääke valitaan tilanteen vaikeutumisen syyn, oheissairauksien ja potilaan aikaisemmin käyttämän lääkehoidon perusteella.*) tai imperatiivimuotoinen ohje (vrt. *Valitse lääke tilanteen vaikeutumisen syyn, [potilaan] oheissairauksien ja potilaan aikaisemmin käyttämän lääkehoidon perusteella.*).

Toisaalta taas silloin kun finiittiverbillä voisi olettaa olevan tekijätarkoitteinen subjekti, finiitti-verbi onkin passiivissa (esimerkki 37) tai predikaattina on yksipersonainen modaalinen rakenne, tässä tapauksessa modaaliverbi *voida* (esimerkki 38).

37)

- **Asetutaan** selällään makaavan potilaan pään taakse kasvot kohti potilasta.
- **Avataan** potilaan suu ja pidetään laryngoskooppia vasemmassa kädessä.
 - Laryngoskooppi laitetaan sisään oikeasta suupielestä.
 - Laryngoskooppi siirretään keskiviivaan niin, että kieli jää vasemmalle puolelle.
 - Laryngoskoopin kärki ohjataan kurkunkannen ja kielen tyven väliseen kuoppaan.
 - Laryngoskooppia nostetaan kahvan suuntaisesti ja varmistetaan äänihuuli-alueen näkyvyys.

38)

- i.v.-infuusiona annettaessa 12 t lääkemäärä (puolet vuorokausiannoksesta) laimennetaan tavallisimmin 250 ml G5 ja infusoidaan yleensä 21 ml/t.
- Oraalinen jatkohoito aloitetaan 1–2 vuorokauden infuusion jälkeen. Alkuannos 200 mg × 3, aloitetaan i.v.-hoidon vielä jatkuessa.
- Elvytyksessä lääke **voidaan** antaa myös laimentamattomana boluksena suureen suoneen.

Esimerkki 37 on osa vaiheittaisesta opastuksesta potilaan hengitystien varmistamiseen intuboimalla. Vaikka odotuksenmukaista tällaisessa ohjeistuksessa olisi käyttää imperatiivia, kuten erilaisissa käyttö- tai ruoanlaitto-ohjeissa, tai narratiivista selostusta (vrt. *Lääkäri asettuu selällään makaavan potilaan pään taakse...*), tässä tapauksessa on päädytty johdonmukaisesti passiiviin (ks. tarkemmin aineistossani satunnaisesti käytetystä imperatiivista luvusta 4.1).

Vaikka ilmisubjektia ei luetelmissa olekaan, on selvää, että se olisi aktiivimuotoisissa lauseissa henkilöviitteinen. Kun tilanne kuvataan passiivin avulla, korostuu toimenpide itsessään, ei sitä tekevä lääkäri tai sen kohteena oleva potilas. Esimerkissä voidaan myös havaita tämän luvun alussa käsittelemäni potilaaseen viittaaminen pelkällä ruumiinosalla (*oikeasta suupielestä, kieli, kurkunkannen, kielen tyven*): lähimmän kontekstin perusteella tosin on myös selvää, että kyse on juuri potilaan oikeasta suupielestä.

Esimerkissä 38 on samankaltainen toimintaohje kuin ensimmäisessä, mutta temaattisesti kohosteen onkin toimenpiteen suorittamisen sijaan tietty lääke (amiodaroni) ja sen antaminen potilaalle – ei tässäkään tapauksessa lääkkeen antava lääkäri, saati potilas, jolle lääke annetaan. Teemapaikalla kussakin lauseessa on lääkkeeseen liittyvä nominaalilauseke.

Tässä esimerkissä passiivimuotoisten lauseiden rinnalla esiintyy viimeisessä luetelmassa passiivimuotoinen mahdollisuutta ilmaiseva modaaliverbi *voida* (erityisesti aktiivin ja passiivin välisestä

työnjaosta *voida*-verbin yhteydessä ks. luku 4.2.2.1), ja se asettuu sekä temaattisen adverbialitäydennyksen *Elvytyksessä* että inklusiivisen fokuspartikkelin *myös* avulla aiemmin sanotun lisäykseksi. *Myös*-partikkelin vaikutusala lauseessa rajallinen, se kohdistuu lääkkeen antotapaan *laimentamattomana boluksena*: ensimmäisessä luettelmassa on mainittu, että laskimoon infuusiona (*I.v.-infuusiona*) annettaessa lääkettä laimennetaan tietyssä suhteessa, mutta kolmannessa luettelmassa annetaan tälle vaihtoehto tietyssä, paikan adverbialilla määritellyssä tilanteessa.

Tekstille tyypillinen henkilöviitteiden katoaminen ei siis koske ainoastaan potilasta, vaan myös lääkäriä. Toisaalta suomen kielessä passiivi ja muut yksipersonaiset rakenteet eivät varsinaisesti ole persoonattomia vaan sisältävät vuorovaikutuksellisesti sekä tekstin tuottajan että vastaanottajan, ja useissa tutkimuksissa (mm. Shore 1986, Helasvuo 2006, Helasvuo ja Laitinen 2006) suomen passiivi tulkitaankin yksipersonaiseksi (käytetty myös termejä impersonaalinen ja persoonaton, VISK § 1313), koska se ei vaihtelee eri persoonissa. Yksipersonaista passiivilauseetta voidaan käyttää kuvaamaan asiointiloja ilmaisematta tekijän tai muun keskeisen osallistujan identiteettiä: tällöin tekijäksi voidaan hahmottaa laajimmillaan kuka tahansa tai kontekstin perusteella rajatumpi joukko (VISK § 1313, § 1325).

Kuten *Isossa suomen kieliopissa* todetaan (VISK § 1313), suomen kielessä on useita passiivin luonteisia rakenteita, joista yleisin ja monikäyttöisin on yksipersonainen passiivi: siinä ei ole ilmisubjektia ja sen finiittiverbi on passiivimuodossa. Passiivilla tarkoitetaan lauseita, joissa verbin muoto tai predikaatin rakenne osoittaa lauseen ydinjäsenten edustuvan toisin kuin aktiivilauseessa: subjekti jää taka-alalle, ja vastaavasti jokin muu lauseenjäsen voi saada joitakin subjektin piirteitä, kuten esiintyä samoissa kieliopillisissa sijoissa kuin subjekti ja saada itseensä viittaavan omistusliitteen tai refleksiivisen pronominin (VISK § 1320).

Kuten aktiivimuotoisissa lauseissa, aineistossani myös yksipersonaisissa rakenteissa esiintyy informaatorakenteen kannalta teemapaikalla runsaasti nominaalistuksia, mutta tällöin ne toimivat lauseessa joko objekteina tai adverbialitäydennyksinä (ks. tarkemmin kieliopillisesta metaforasta luku 3.4). Nominaalilausekkeisiin voidaan tiivistää runsaastikin informaatiota (esimerkiksi ***Ryhmien IA ja IC rytmihäiriölääkkeen aiheuttamaa eteisvärinän ja eteislepatuksen kammiovasteen paradoksaalista nopeutumista hoidetaan ensisijaisesti beetasalpaajalla***), ja tällöin finiittiverbi on yleensä varsin neutraali (*olla, esiintyä, hoitaa*), modaaliverbi (*voida, saattaa*) tai modaalinen verbirakenne (*on helposti tunnistettavissa*).

Rakenteellisesti ilmisubjektittomia rakenteita yksipersonaisen passiivin lisäksi ovat nollapersonan sisältävät lauseet (VISK § 913). Nollapersonalla tarkoitetaan ilmiötä, jossa lauseesta puuttuu substantiivilauseke silloin kun tarkoitetaan ketä tahansa ihmistä, johon sanottu soveltuu; useimmiten juuri puhujaa itseään tai puhuteltavaa. Selvimmillään ilmiö on havaittavissa nollasubjektilauseissa, joissa verbi on yksikön kolmannessa persoonassa mutta ilmisubjekti puuttuu, vaikkakin nollapersona

on mahdollinen myös muissa lauseasemissa, joissa tyypillisesti esiintyisi ihmistarkoitteinen nominaalilauseke. (VISK § 1347.) Nollapersoonan merkitys on sen yleistävyydessä: sen avulla kirjoittaja voi esittää yksittäisen tapahtuman ketä tahansa koskevana (VISK §1348).

Nollapersoonan esiintyminen erityisesti nollasubjektin asemassa on aineistossani varsin yleistä. Tähän vaikuttavat ainakin seuraavat kolme seikkaa.

Ensinnäkin tekstilajille on tyypillistä yleistävyys eli se, että sanottu koskee ketä tahansa lukijaa. Sekä passiivi- että nollapersoonalauseella voi ilmaista yleistyksen. Passiivilause kuitenkin eroaa nollapersoonasta siinä, että passiivilla kuvataan asiaa sellaisena kuin se yleensä tapahtuu, nollapersoonalla taas esitetään asia (ketä tahansa) yksilöä koskevana ehtona (VISK § 1363). Kyseinen ero on havaittavissa seuraavissa esimerkeissä, joissa molemmissa on sama *arvioida*-verbi.

39) Hoitovaste **arvioidaan** sydämen minuuttivirtauksen, sekoittuneen laskimoveren happisaturaation, happo-emästaseen, laktaatin sekä kliinisten kudospesfuusion merkkien perusteella (diureesi, periferian lämpö, jne.). [20.29]

40) Hoidon vastetta **tulee arvioida** viimeistään 20–30 minuutin kuluttua kliinisesti ja aBHE-Tase:lla. [1.05]

Esimerkissä 39 kuvataan, kuinka hoitovastetta yleisesti arvioidaan, esimerkissä 40 taas spesifisesti velvoitetaan arvioimaan hoitovastetta tietyn ajan kuluessa ja tietyillä tavoin.

Toiseksi aineistossani on ohjailevan luonteensa vuoksi runsaasti modaaliverbejä ja modaalisia yksipersonaisia rakenteita, ja modaaliset rakenteet ovat nollasubjektille tyypillisiä esiintymisympäristöjä (VISK § 1348). Nollasubjekti on kieliopiltaan kolmaspersoonainen, yksikölinen ja nominatiivissa (Laitinen 1995: 338), kun taas nollasubjektilauseen yksikölinen totaaliobjekti on genetiivissä, kuten yksikön kolmaspersoonaisessa ihmissubjektillisessa lauseessakin (VISK § 1349). Esimerkissä 41 on nähtävissä genetiivimuotoinen totaaliobjekti *Biopsian* sekä nollasubjektin paikalle hahmottuva nominatiivimuotoinen ihmistarkoitteinen subjekti *hän / joku / kuka tahansa voi tehdä*. Esimerkissä 42 taas deonttinen kielto *ei saa* aiheuttaa sen, että objekti *joita* on partitiivimuotoinen (VISK § 932).

41) **Biopsian** voi tehdä glukokortikoidihoidon aloittamisen jälkeenkin. [9.51]

42) Nitroprussidin infuusionopeudet, **joita** ei saa ylittää edes lyhytkestoisesti. [20.31]

Kolmanneksi nollasubjektin yleisyyteen vaikuttaa se, että aineistossa esiintyy runsaasti nesessiivirakenteita eli lauseita, joissa on modaalinen predikaatti ja verbin infinitiivimuoto ja joiden ilmisubjekti on genetiivissä, vaikka aineistossani ilmisubjektia ei juuri esiinnykään (VISK § 1354; ks. nesessiivirakenteista tarkemmin luku 4.2.3.3). Näistä rakenteista ei voi muodostaa yksipersonaista passiivia vaan niissä nollapersoonan ja aineistossani muutoin yleisesti käytetyn passiivin ero neutraalistuu (VISK

§ 1355, 1364). Seuraavassa esimerkissä rinnakkain ovat aineistossa yleinen passiivi *käytetäänkö* ja toisaalta nollasubjektillinen nesessiivirakenne *tulee varmistaa*.

- 43) Riippumatta siitä **käytetäänkö** tarraelektrodeja tai defibrillaattorin päitsimiä **tulee varmistaa**, että ihokontakti on mahdollisimman hyvä, ja että sydän jää elektrodien väliselle linjalle.² [18.60]

Nesessiivirakenne eroaa muista nollasubjektillisistä lauseista siinä, että rakenteessa oleva nesessiiviverbi on aina yksikön kolmannessa persoonassa (VISK § 1354), ja toisaalta se muistuttaa passiivia siinä, että yksiköllinen totaaliobjekti on nominatiivissa, kun taas muissa nollasubjektitapauksissa se on genetiivissä (VISK § 1355). Esimerkissä 44 hapen osapainetta tarkoittava totaaliobjekti *PaO₂* sijaitsee informaatorakenteen kannalta teemapaikalla ja subjektin paikalla on nolla, nesessiivinen predikaattiverbi *pitää* on yksikön kolmannessa persoonassa ja siihen liittyy A-infinitiivin perusmuoto *suhteuttaa*. Jos rakenteessa olisi ilmisubjekti, se olisi genetiivimuotoinen ja ihmistarkoitteinen (*minun / lääkärin*)

- 44) **PaO₂ pitää suhteuttaa** potilaan hengittämään happifraktioon. [1.10]

Nollasubjektilauseissa teemapaikan verbin edellä täyttää jokin muu argumentti kuin subjekti – se voi olla objekti, kuten edellisessä esimerkissä, tai usein myös ajan-, paikan-, välineen- tai tavan-ilmaus (Laitinen 1995: 339). Näin myös nollasubjektilauseissa informaatorakenteen kannalta ensisijaiseksi teemaksi tarjoutuu objekti tai adverbiaalitäydennys, ja modaalisen verbirakenteen ilmaiseman toiminnan välttämättömyys tai mahdollisuus jättää velvoitettavan persoonan tulkinnan avoimeksi (VISK § 1565).

Vaikka Murawskan (2013) käsittelemää henkilöviitteiden katoamista esiintyykin omassa aineistossani runsaasti, suomen kielessä *kadonneet henkilöt* (englanninkielinen termi *missing persons*, ks. Hakulinen ja Karttunen 2001 [1973]) eivät tarkoita samaa kuin englannin kielessä: vaikka henkilöviitteet ja persoonapronominit puuttuisivatkin, persoona on läsnä muun muassa verbitaivutuksen ja objektin sijan kautta. Laitinen (1995: 341–342) esittääkin, että kohteliaisuus- ja kasvoteoriaan perustuvat selitykset kadonneen henkilön rakenteille persoonan välttämisenä tai minän häivyttämisenä pohjaisivat teoreettisilta esikuviltaan englannin kaltaisiin kieliin, joiden persoonajärjestelmässä pronominit keskeisemmässä asemassa ja niiden puuttuminen on tunnusmerkkipää kuin suomen kielessä.

Murawskan tutkimusten (2010a, 2010b ja 2013) englanninkielinen aineisto koostuu potilastapauksista, joissa seurataan kerronnallisessa muodossa yhden tietyn potilaan diagnostiikkaa ja hoitoa, kun taas omassa aineistossani puhutaan yleisellä tasolla sairauksien diagnostiikasta ja hoidosta: näin ollen potilaaseen viittaaminen yksilönä ei aineistossani olekaan kovin perusteltua. Vaikka aineiston

² Välimerkitys alkuperäisen tekstin mukainen

diskurssia luonnehtii tietynlainen näkökulma, sen voi myös tulkita johtuvan yleistettävyyden vaatimuksesta – sen sijaan, että tietty lääkäri hoitaisi tiettyä potilasta, yritetään kuvata sairauksien mekanismeja ja niihin toimivaa hoitoa sellaisena kuin se yleensä tavataan tehdä.

Ammatillisen diskurssin keskiössä onkin ehkä sairautta hoitava lääketiede tieteenä pikemminkin kuin se, että lääkäri hoitaisi potilasta. Tämä saattaa toimia etäännytykskeinona, erityisesti silloin kun annetaan velvoittavia ohjeita, vaikka aineistossani tämä vaikuttaakin enemmän diskursiiviselta käytännöltä, joka perustuu yhteisön omaksumiin kielellisen representaation tapoihin.

Oman aineistoni persoonan välttämisen tai kadonneiden henkilöiden ongelman voidaan tulkita myös johtuvan tekstilajista. Elämäntaito-oppaita tutkinut Mauranen (2006: 230–231) toteaa, että suomeksi kirjoitetuissa elämäntaito-oppaissa persoonan ilmaukset, erityisesti modaalisuuden yhteydessä, ovat käännettyjä oppaita geneerisempiä, usein persoonaa ei ole ilmaistu. Lisäksi näissä esiintyy jonkin henkilökategorian edustaja tai abstrakti käsite. Näin ollen spesifioimaton eli nollapersoonaa tai geneerinen toimija on selvästi persoonailmausta yleisempi, ja ohjailevan tai neuvovan funktion yhteydessä kontekstista käy ilmi, että spesifioimaton persoona kattaa myös lukijan. Samalla tavalla toimii myös suomeksi kirjoitettu *Akuuttihoito-opas*: sekä kirjoittaja että lukija ovat tekstissä läsnä, mutta geneerisellä tasolla. Nollapersoonaa käsittelevässä artikkelissaan Laitinen (1995: 338) väittääkin, että nollarakenteiden tehtävä on pikemminkin persoonan välittäminen kuin välttäminen: ”Nolla avaa puhetapah-tuman osallistujille yhteisen kokemuksen, jaettavan tietoisuuden paikan: persoonan paikan tunnistettavaksi ja samastuttavaksi.” (mts. 355).

4. Direktiiviset ohjailukeinot

Akuuttihoito-oppaan teksteille on tyypillistä kahdenlainen lukijaan suuntautuminen. Toisaalta oppaan teksti ohjaa harkitsemaan eri vaihtoehtoja ja käyttämään oletettua jaettua yhteistä (intertekstuaalista ja kontekstuaalista) tietoa. Tähän viittaavat erityisesti luetelmamuoto, joka jakaa monimutkaiset prosessit selväpiirteisiksi ja varsin yksinkertaistetuiksi luetelmiksi yleensä ilman perusteluja, sekä runsaasti merkitystä kantavat nominaalistukset, jotka voivat esiintyä myös argumenttirakenteen teemapaikalla ja siten esittää tiedon ennalta tunnettuna. Toisaalta teksti ohjaa lukijaa toimintaan indikatiivimuotoisella toimintaohjeella, velvoittavalla modaalisuudella tai jopa imperatiivi- eli käskymuodolla.

Aiemmassa osassa käsittelin tekstin rakennepiirteitä, jotka liittyvät lääketieteen diskurssiin, tekstilajiin ja tekstin lukijalta edellyttämään tulkintakompetenssiin mutta toisaalta ovat myös osittain esitysteknisiä ratkaisuja. Seuraavassa käsittelen tarkemmin sellaisia interpersoonaisia piirteitä, jotka ovat *Akuuttihoito-oppaan* teksteille tyypillisiä. Käsittelen ensin sitten imperatiivia ja indikatiivin direk-

tiivisyyttä, ja sen jälkeen keskityn tarkemmin direktiivisyyttä ilmaisevaan modaalisuuteen. Sama kah-tiajako harkinnanvaraisuuden ja velvoittavuuden välillä on nähtävissä myös modaalisuuden semanttti-sella kentällä.

Direktiivien luokittelua ja teoreettista taustaa direktiivisyydestä olen käsitellyt luvussa 2.2.

4.1 Imperatiivi

Prototyyppisen direktiivin eli imperatiivimuodoksella ilmaistun käskyn, kehotuksen tai ohjeen tulkinta tapahtuu lausuman kontekstin (leksikaalisen sisällön ja puhetilanteen) perusteella. Se voidaan tulkita myös varoitukseksi. (VISK § 1647.)

Aineistoni 32 artikkelista yhdeksässä esiintyy imperatiivimuotoinen käsky. Näistä seitsemän on yksittäisiä, kyseisen artikkelin ainoita esiintymiä, joten imperatiivi on aineistossani harvinainen.

Kun imperatiivi esiintyy yksittäisenä aineistossani, se muodostaa erittäin vahvan velvoituksen (*muista, varo, huomioi*) ja kiinnittää lukijan huomion vakavaan virheen tai potilaan elintoimintojen heikkenemisen mahdollisuuteen, kuten seuraavassa esimerkissä.

45) **Varo** hypotensiota, koska aivokudoksen verenkierto riippuu perfuusiopaineesta. [3.76]

Esimerkissä ohjeistetaan varomaan liian matalaa verenpainetta, joka saattaa uhata aivojen verenkie-toa ja siten aiheuttaa vakavia vaurioita aivokudoksessa. Lääketieteellisessä tekstissä, erityisesti lää-keiden yhteydessä, käytetään yleisesti merkintää *sic!* (latinasta, 'niin (tosiaankin)'), kun lääkeannos on tavanomaista suurempi tai annosteluohje muuten tavanomaisesta poikkeava, mutta merkintää näh-dään myös hoito-ohjeissa muistuttamassa vakavasta vaarasta. Oppaassa tapa käyttää imperatiivia muistuttaa siis enemmän varoitusta, myös sanaston tasolla, kuin varsinaista käskyä.

Kahdessa aineistooni valikoituneista viidestä toimenpideartikkelissa käytetään imperatiivia hy-vin tyypilliseen tapaan ohjeiden antamiseen, ja tekstilajiltaan toimenpideartikkelit oikeastaan muistut-tavat enemmän ruoanlaittoreseptiä tai huonekalun kokoamisohjetta, kuten seuraavasta esimerkistä voidaan huomata:

46) TOIMENPITEEN SUORITUS

- Aktivoi tahdistinyksikkö defibrillaattorista ja säädä haluttu syketaajuus (70–90).
- Valitse Tarve (Demand) -säätö.
- Laita lähtövirta (mA) minimiin.
- Aloita tahdistaminen.
- Nosta virtaa, kunnes tulee näkyviin tahdistinrytmi, ja merkitse kynnys (mA) muistiin.
 - Yleensä kynnys on 40–120 mA.
- Nosta virtaa 10–20 mA yli kynnyksen.
- Palpoi rannesyke (onko sama kuin haluttu syketaajuus) ja mittaa verenpaine. [18.64]

Toisaalta samanlainen toimenpiteen suorittaminen ohjeistetaan toisessa artikkelissa käyttä-mällä ainoastaan indikatiivimuotoa:

47) TEKNIikka

- Dekompressio ja pleuradreenin asettaminen tehdään anteriorisesti keskiklavikulaarilinjasta tai kyljestä keskiaksillaarilinjasta (ks. kuvat 18.72a ja 18.72b).
- Tajuissaan olevan potilaan toimenpidealue puudutetaan koko matkalta pleuraan saakka (myös kylkiluun pinta).
- 5 cm:n poikittainen ihoviilto tehdään 2–3 cm kaudaalisemmin kuin valittu kylkiluuväli.
- Ihonalaiskudos ja lihaskalvo avataan veitsellä. Lihastasosta alkaen preparoidaan tylpästi sormella ja pihdeillä levittäen.
- Kylkiluuväli avataan alemman kylkiluun yläpinnan tasolta. Pleura avataan sormella ja varmistetaan palpoiden, että päästään pleuratilaan.
- Kanavaa laajennetaan sormella ja viedään sillä ohjaten pleuradreeni pleuratilaan. Dreeni ohjataan samalla sormella haluttuun suuntaan.
- Dreeni kiinnitetään ihoon tukevin ompelein (esim. 1–0) ja varmistetaan kiinnityksen aikana, ettei dreeni liu'u ulospäin.
- Dreeni liitetään joko suljettuun imujärjestelmään (10–20 cmH₂O) tai Heimlichin venttiiliin. [18.72]

Iso suomen kielioppi (VISK § 1591) mainitsee imperatiivin edustavan deonttista modaalisuutta ja sen ilmaiseman luvan tai veloitteen olevan aina lähtöisin tilanteesta, direktiivin esittäjästä. Toisaalta taas mainitaan, että passiivimuotoista verbiä käytetään ohjeissa niin, että kehoitus ei kohdistu ilmauksen esittäjään itseensä (VISK § 1655).

Kieliopillisesti muotojen työnjako saattaakin mennä näin, mutta kirjoitetun kielen kannalta opas-tekstissä sekä imperatiivin että passiivin pohjimmainen funktio on sama. Imperatiivimuoto suuntautuu kyllä kohti lukijaa ja osallistuu vuorovaikutuksen rakentamiseen voimakkaammin kuin passiivi, mutta aineistossani passiivimuoto vaikuttaa velvoittavan yhtä voimakkaasti, eikä varsinaisesti sulje puhujaa ilmauksen ulkopuolelle vaan velvoittaa koko yhteisöä. Näkökulma passiivimuotoisessa ohjeessa on toimenpiteen suorittamisessa, kun taas imperatiivi ohjaa lukijan toimintaa: kyse ei siis niinkään ole direktiivin esittäjän näkökulmasta vaan siitä, miten tilanne hahmotetaan.

Attila (2017) on tutkinut ei-modaalisen indikatiivin tehtäviä säädöskielessä. Ei-modaalinen indikatiivi tarkoittaa väitelausetta, jossa ei ole modaalisia ilmauksia. Ilmiötä ei Attilan (2017: 68) mukaan ole aiemmin tutkittu, ja nekin maininnat, joissa ilmiötä on sivuttu, ovat harvassa ja termi vakiintumaton (kuitenkin esim. Honkanen 2012b ja Lauranto 2015). Attila (2017: 64) esittää, että ei-modaalisella indikatiivilla on myös direktiivistä, erityisesti velvoittavaa käyttöä säädöskielessä.

Erityisesti lääkärin ja potilaan välisessä keskustelussa tätä ilmiötä on kutsuttu myös lääkäripassiiviksi (Sorjonen 2001: 92) – sillä kehoitetaan toimintaan vain puhuteltua tai puhuteltujen ryhmää. Passiivimuotoista direktiiviä käytetään myös käyttö- ja toimintaohjeissa (VISK § 1655) sekä esimerkiksi viraston alaisilleen instituutioille jakamissa toimintaohjeissa (VISK § 1664).

Toisaalta myös *Isossa suomen kieliopissa* (VISK § 1590) mainitaan, että: ”Indikatiivi on mahdollista nähdä modaalisella asteikolla siten, että se ilmaisee kategorisen väitteen. Indikatiivimuotoinen

väite ilmaisee jopa suurempaa episteemistä varmuutta tai deonttista velvoitetta kuin sellainen lausuma, jossa on välttämättömyyttä osoittava modus tai muu modaalinen keino.”

4.2 Modalisuus

Modaaliverbeillä ja muilla modaalisilla rakenteilla on merkittävä tehtävä direktiivisyydessä, vaikka direktiivin prototyyppinä pidetäänkin imperatiivi- eli käskylauseetta (VISK § 1645). Modalisuudella tarkoitetaan semanttista aluetta, jossa: ”on kyse asiointilan todenmukaisuutta ja toteutumismahdollisuuksia koskevista arvioista. Modaalisilla kielenaineilla puhuja ilmaisee, onko asiointila hänen mielestään tai yleisesti ottaen varma, välttämätön, todennäköinen, mahdollinen, epävarma tai mahdoton, pakollinen tai luvallinen, toivottava tai epätoivottava, ulkoisista tai sisäisistä edellytyksistä riippuvainen. Mahdotonta, ei-todellista ilmaistaan kiellolla.” (VISK § 1551.)

Modalisuutta ilmaistaan suomen kielessä monin eri tavoin, sekä leksikaalisesti että kieliopillisin keinoin. Selvimmin siihen kuuluvat erityisesti verbiin kieliopillistuneet modaaliset keinot eli modukset sekä varsinaiset modaaliverbit, mutta erilaisten modaalisten adjektiivien, adverbien ja partikkelien ryhmä on myös suuri ja produktiivinen. Näitä täydentävät erilaiset modalisuuden ilmaisemiseen erikoistuneet lausekonstruktiot, kuten nesessiivirakenne ja partisiipin sisältävät rakenteet. Erilaiset puhefunktiot, yleisimmin käskeminen ja kysyminen, ovat kiteytyneet modaalisiksi lausetyypeiksi eli imperatiiviseksi ja interrogatiiviseksi lausetyypiksi. (VISK § 1551 ja 1558.)

Modalisuutta on kielentutkimuksen parissa jaoteltu eri tavoin (ks. esim. Kangasniemi 1992), mutta yleisin jaotteluista liittyy modalisuuden kolmeen lajiin: dynaamiseen, deonttiseen ja episteemiseen modalisuuteen. Dynaaminen modalisuus tarkoittaa fyysistä mahdollisuutta ja kykyä tai välttämättömyyttä ja pakkoa toimia. Dynaamista modalisuutta ilmaistaan yleensä modaaliverbeillä tai verbirakenteilla mutta myös modaalisilla adjektiiveilla. Deonttiseen modalisuuteen taas sisältyy puhujan tahtoa tai puheyhteisön normeja ilmaiseva lupa ja velvollisuus. Deonttista modalisuutta ilmaistaan muun muassa luvallisuutta ilmaisevilla modaaliverbeillä *voida*, *saada* sekä nesessiivisellä rakenteella *on lupa* ja toisaalta velvollisuutta merkitsevillä nesessiiviverbeillä ja -rakenteilla. (VISK § 1554.) Episteeminen modalisuus liittyy puhujan uskoon, tietoon tai päätelmiin asiointilan mahdollisuudesta, todennäköisyydestä tai varmuudesta (VISK § 1556). Dynaamisen ja episteemisen modalisuuden eron teko voi toisinaan olla hankalaa: mahdollista ilmaisevista modaaliverbeistä *saattaa*, *taida* ja *mahtaa* tulkitaan yksinomaan episteemisesti, toisaalta verbejä *sopii*, *pitää*, *ei tarvitse*, *tulee* ja *kuuluu* käytetään pääasiassa deonttistulkintaisesti (VISK § 1562).

Erityisesti lääketieteen kielestä on esitetty (Vihla 1999: 3), että modaalisten ilmausten käyttö heijastaa myös lääketieteen ammatillista kontekstia, ja siten tarjoaa tietoa siitä, kuinka kieli sijoittuu institutionaalisesti. Koska lääketiede on toisaalta tiedettä ja toisaalta käytäntöä, nämä lääketieteen

kaksi puolta liittyvät kahdenlaiseen modaalisuuteen: episteemiseen ja deonttiseen. Episteeminen modaalisuus käsittelee tietoa ja siihen liittyvää mahdollisuutta ja todennäköisyyttä, kun taas deonttinen liittyy toiminnan sallittuuteen. Episteeminen modaalisuus viittaa kieleen tiedon välittäjänä, kun taas deonttinen ottaa huomioon yhteyden kielellisten ja ei-kielellisten toimintojen välillä.

Käsittelen seuraavissa alaluvuissa aluksi aineistoni modaaliverbejä yleisesti luodakseni kuvan niiden jakaumasta. Seuraavaksi analysoin tarkemmin modaalisuutta, joka ohjaa lukijaa harkitsemaan, ja sen jälkeen modaalisuutta, joka ohjaa lukijaa toimimaan. Karkeasti jako vastaa dynaamisen ja deonttisen modaalisuuden eroa, mutta monin paikoin kontekstinkaan perusteella ei pysty aukottomasti päätelemään, kummasta on kyse. Myös episteemisen modaalisuuden luen ensimmäiseen ryhmään. Jako ei vastaa kieliopillista ryhmittelyä, vaan enemmänkin aineistoni tekstintutkimuksellisia funktioita ja selvää suuntausta kahdentyyppisen modaalisuuden työnjaon suhteen.

Joidenkin modaaliverbien, kuten *voida* ja *pitää*, tulkinta riippuu kontekstista (VISK § 1552). Näiden verbien käsittelyn olen jakanut kahteen lukuun sen mukaan, millaista modaalisuutta ne ilmaisevat – tosin aina rajanveto ei ole yksinkertaista. Näissä luvuissa käsittelen lyhyesti myös muuta kuin modaaliverbeillä tai modaalisilla verbirakenteilla ilmaistavaa modaalisuutta.

4.2.1 Modaalisuuden keinot aineistossani

Ison suomen kieliopin mukaan modaaliverbeillä ilmaistaan niin dynaamista, deonttista kuin episteemistäkin mahdollisuutta ja välttämättömyyttä (VISK § 1562). Nämä verbit sijoittuvat jatkumolle, jonka toisessa päässä on mahdollisuus ja toisessa välttämättömyys. Toisaalta tulkintaa ei usein kontekstinkaan perusteella voi ehdottomasti asettaa asteikolle, ja toisaalta taas raja esimerkiksi dynaamisuuden ja deonttisuuden välillä voi olla epäselvä tai monitulkintainen.

Modaaliverbiryhmän laajuus on vaihdellut fennistisessä perinteessä. Kangasniemi (1992) on sisällyttänyt siihen ainoastaan 14 verbiä, kun taas Kiurun (1977) ja Flintin (1980) tutkimuksissa modaaliverbejä on tarkasteltu laajemmin kieltohakuisuuden ja voimisen merkityksen näkökulmista. Ryhmän voi siis määritellä tiukan morfologisten kriteerien sijaan myös laajemmin semanttisesti. Pitäydyn omassa tutkimuksessani tässä laajemmassa tarkastelussa, koska erityisesti tekstintutkimuksen perinteen ja merkityksen kontekstisidonnaisuuden kannalta semanttinen tulkinta palvelee paremmin tutkimukseni tarkoitusta.

Lähes jokaisessa aineistoni artikkelissa esiintyy modaaliverbejä – vain kahdessa niitä ei esiinny lainkaan. Näistä ensimmäinen artikkeli ohjaa tietyn toimenpiteen eli sydämen ulkoisen tahdistuksen tekemiseen, ja jostakin syystä koko toimenpiteen suoritusta kuvaava luetelmakappale on yksikön 2. persoonan imperatiivissa (ks. luku 4.1). Toisessa, rintaontelon dekompressiota ja pleuradreenin asettamista käsittelevässä artikkelissa ei modaalisuutta – edes imperatiivia moduksena – esiinny lainkaan,

vaikka kyse on samankaltaisesta toimenpiteen suoritusta kuvaavasta artikkelista. Siinä imperatiivin on korvannut passiivin indikatiivi (ks. luku 4.1).

Aineistossani on yhteensä 201 modaaliverbin esiintymää, ja eri verbien välillä ne jakautuvat, kuten taulukossa 2 on esitetty.

Taulukko 2. Modaaliverbien jakauma aineistossa.

Modaaliverbi	Esiintymiä (kpl)
<i>joutua</i>	2
<i>kannattaa</i>	2
<i>pystyä</i>	2
<i>tarvita</i>	2
<i>saada</i> (ainoastaan kielteisenä)	4
<i>pitää</i>	7
<i>saattaa</i>	11
<i>tulla</i>	28
<i>voida</i>	143
Yhteensä	201

Tästä jakaumasta voidaan helposti nähdä, että pääasiallisesti käytetään monikäyttöistä verbiä *voida*. Flintin (1980: 64, 83) mukaan se on suomen kielen rajoittamattomin ja monipuolisin tapa ilmaista, että jotain voi tapahtua, sillä se ei aseta mahdollisuudelle minkäänlaisia ehtoja.

Modaaliverbeillä on kieliopillisesti joitakin erityisominaisuuksia, kuten se, että ne esiintyvät infinitiivin kanssa ja infinitiivin muotona on joko A-infinitiivin perusmuoto tai MA-infinitiivi (VISK §1564). Aineistossani yleisimmät infinitiivitäydennyksenä toimivat verbit ovat *olla* (50 kpl), *käyttää* (16 kpl; esiintyy *voida*-verbin kanssa sekä kerran *tulla*-verbin kiltomuodon ja kerran *pitää*-verbin kanssa), *tehdä* (10 kpl; esiintyy *voida*-verbin kanssa ja kerran *tulee*-verbin kanssa), *antaa* (9 kpl), *liittyä* (7 kpl; esiintyy vain muodossa *voi liittyä*), *aloittaa* (6 kpl) sekä *aiheuttaa* (6 kpl; esiintyy vain *voida*-verbin kanssa). Yleensä infinitiivitäydennys on ei-modaalinen verbi, mutta mahdollisia ovat myös kahden modaaliverbin yhdistelmät (VISK § 1564): aineistossani tällaisia ovat esimerkiksi *voidaan joutua* ja *saattaa jäädä [tunnistamatta]*.

Toinen, tiettyjen modaaliverbien eli niin sanottujen nesessiiviverbien kieliopillinen erityisominaisuus liittyy niiden syntaktiseen käyttäytymiseen. Nesessiiviverbit, kuten *pitää* ja *täytyy*, esiintyvät

aina yksikön 3. persoonassa erityisessä nesessiivirakenteessa, ja niiltä puuttuu persoonataivutus; siten siis myös passiivi ja imperatiivi. Nesessiiviverbit saavat yleensä subjektikseen genetiivisijaisen nominaalilausekkeen, mutta myös nominatiivi- tai partitiivisubjekti on mahdollinen. Nominatiivisubjektia esiintyy erityisesti silloin, kun sen tarkoite ei ole toiminnasta vastuussa oleva olio, jolloin kyseessä useimmiten on modaaliverbin episteeminen tai praktinen käyttö. (VISK § 1564–1565.)

Nesessiivirakenteet ovat omassa aineistossani yleisiä tekstin velvoittavan ja ohjailevan sävyn vuoksi. Nesessiivirakenteisiin kuuluu varsinaisten nesessiiviverbien lisäksi myös verbiliittoja ja nominaalisia predikaatteja, ja käsittelenkin nesessiivirakenteen esiintymistä aineistossani erikseen deonttisen modaalisuuden yhteydessä.

4.2.2 Harkintaan ohjaava modaalisuus

Käsittelen tässä luvussa modaalisuutta, joka ohjaa lukijaa joko harkitsemaan eri mahdollisuuksia tai tiedon varmuutta, karkeasti siis dynaamista ja episteemistä modaalisuutta. Tavallisesti nämä kaksi erotetaan toisistaan, mutta aineistoni valossa nämä toimivat lukijan ohjaamisessa samalla tavalla. Dynaamisella modaalisuudella useimmiten osoitetaan, että lukijan on harkittava eri vaihtoehtoja, vaikka yleensä harkinnan perusteita ei olekaan kirjoitettu auki. Episteeminen modaalisuus taas liittyy tiedon varmuuden tai epävarmuuden arviointiin, ja tällöinkin lukijan on syytä suhteuttaa annettu tieto oletettuun kontekstuaaliseen tietoon.

4.2.2.1 Modaaliverbit mahdollisuuden ilmaisijoina

Hyvin tyypillinen modaaliverbi aineistossani on *voida*. Se esiintyy yleensä joko yksipersonaisessa muodossa *voi* (85 kpl) tai passiivissa *voidaan* (44 kpl). Monikon 3. persoonassa se esiintyy yhdeksän kertaa. Myös yksipersonaisessa kielteisessä muodossa *ei voi* (5 kpl) se esiintyy, mutta näistä kolme on lääkeartikkeleille tyypillisessä määrämuodossa: *Annossuositusta ei voi antaa*. Toisaalta ainoastaan kahdessa artikkelissa (18.64, 18.72) *voida*-verbi ei esiinny lainkaan.

Tyypillinen esimerkki modaalisesta *voida*-verbistä on *voidaan käyttää*, joka esiintyy aineistossani 12 kertaa. Näissä on semanttisesti kyse joko mahdollisista tai vaihtoehtoisista lääkityksistä (esimerkki 48) tai toimenpidevälineistä. Lisäksi *voida*- ja *käyttää*-verbin yhdistelmä esiintyy myös nollarakenteessa neljä kertaa (esimerkki 49).

48) Korvaavaksi hoidoksi **voidaan käyttää** pienimolekyylistä hepariinia. [4.48]

49) Harkinnan mukaan vagusärsytystä tai adenosiniä **voi käyttää** diagnostisena apuna. [3.48]

Tästä peruskäytöstä eroavat ne esiintymät, joissa *voida*-verbi on selvästi aktiivimuodossa. Tällöin lausesubjektina toimii kuitenkin nominaalilauseke (yleisimmin kieliopillinen metafora), kuten esimerkiksi 50 (*siirrot*), tai kieliopillisena subjektina toimiva oire tai sairaus (*Silmäkuopan sairaudet*), kuten esimerkissä 51.

50) Trombosyyttien **siirrot voivat lisätä** mikrotrombeja ja huonontaa potilaan tilaa. [13.65]

51) **Silmäkuopan sairaudet** (esim. kilpirauhasen toimintahäiriöön liittyvät) **voivat aiheuttaa** kaksoiskuvia. [10.17]

Voida-verbi on kontekstin mukaan tulkittavissa joko dynaamista, deonttista tai episteemistä mahdollisuutta ilmaisevaksi, tai sen modaalisuuden laji voi olla vaikeasti tulkittava. Se ei siis itsessään liity mihinkään modaalisuuden lajiin. (VISK § 1566.)

Aineistossani tämä monitulkintaisuus näkyy selvästi juuri *voida*-verbin käytössä. *Ison suomen kieliopin* (VISK §1566) mukaan: ”Deonttinen lupa ja velvollisuus ovat sosiaalisten ja institutionaalisten suhteiden nimityksiä. Dynaaminen puolestaan on termi, joka kuvaa olosuhteista riippuvaa ja/tai subjektipersoonan fyysisten ja henkisten mahdollisuuksien ulottuvuutta.” Osa verbin ilmentymistä kuuluu selvästi dynaamiseen tulkintaan, kun käsitellään sairauksien ilmenemismuotoja, syitä tai siihen liittyviä ilmiöitä. Tällöin subjektina on yleensä nomini tai nominaalilauseke ja predikaattiverbi on aktiivimuotoinen, kuten seuraavissa esimerkeissä.

52) Kryptosporidia **voi** myös aiheuttaa samankaltaisen taudinkuvan, siihen ei ole spesifistä hoitoa. [4.48]

53)

- Hypertensiivistä kriisiä muistuttava kuva **voi** liittyä
 - nopeasti ilmaantuvaan sydämen vajaatoimintaan
 - verisuonitulehdukseen
 - akuuttiin munuaiskerästulehdukseen
 - ureemisen potilaan hypervolemiaan. [3.75]

Tässä havaitaan aineiston toinen yleinen piirre, taipumus muuttaa aktiiviset tekijät tai toimijat prosesseiksi, joissa asiat tapahtuvat tai prosessit etenevät ilman aktiivista toimijaa. Tätä ilmiötä olen käsitellyt jo luvussa 3.5 persoonamuodon valinnan ja luvussa 3.4 kieliopillisen metaforan kannalta.

Dynaamistulkintaisia esimerkkejä *voida*-verbin käytöstä ovat myös aineistossa esiintyvät *olla*-verbiin liittyvät predikaatiivirakenteet. Sama prosessinomaisuus tai sen lopputuloksen käsitteleminen näkyy esimerkeissä 54 ja 55, joissa lausesubjekteina toimivat *oireisto* ja *fibriinin hajoamistuotteiden määrä*.

54) Geriatriksilla potilailla **oireisto voi** olla vähemmän dramaattinen ja vain heikentää yleis-tilaa. [1.05]

- 55) **Fibriinin hajoamistuotteiden määrä** (esim. P-D-Dimeer, P-FiDD) **voi** alussa olla vain lievästi lisääntynyt. [13.65]

Esimerkissä 56 taas *voida*-verbin ilmaisemaa dynaamista tulkintaa vahvistetaan perustelemalla psyykkisellä tilalla sitä, ettei potilas kykene toimimaan – ”kyse on lauseen subjektin tarkoitteen fyysisestä tai henkisestä kykenemisestä tai osaamisesta taikka ulkoisten edellytysten suomasta mahdollisuudesta” (VISK § 1566).

- 56) Potilas on monesti sekava, jolloin **hän** itse **ei voi antaa** tietoja, ja iäkäs saattaa kertoa monenlaisia oireita, jotka eivät välttämättä liity päivystystilanteeseen. [17.10]

Voida-verbillä on myös episteeminen ulottuvuutensa, vaikka sillä ilmaistavaa mahdollisuutta ei aina ole erotettavissa dynaamisesta tulkinnasta (VISK § 1571). Esimerkissä 57 intransitiivisen verbin *kehittyä* kanssa esiintyvät modaaliverbi on tulkittavissa molemmilla tavoilla. Kun virkkeen jälkimmäistä lausetta verrataan ensimmäiseen, tulkintaero hahmottuu aktiivisen prosessin ja passiivisen, mahdollisuuden olemassaolon välillä.

- 57) Tromboottisen mikroangiopatian **voivat laukaista** mm. infektiot, lääkkeet, raskaus ja maligniteetit, mutta se **voi kehittyä** myös idiopaattisena. [13.65]

Esimerkissä 58 vastakkain asettuvat hoidon tehon tieteellisen näytön puuttuminen, mutta toimenpiteen mahdollinen apu diagnostiikassa. Tällöin toimenpide ei ole perusteltavissa tieteellisen tiedon pohjalta, mutta silti sille voi olla muita perusteita.

- 58) Nenä-mahaletkun käytöstä ei ole vakuuttavaa näyttöä, joskin se **voi** helpottaa diagnostiikkaa. [4.45]

Aineistossani on myös tapauksia, joissa *voida*-verbin tulkinta episteemiseksi on perusteltavissa kontekstin avulla.

- 59) Immunosuppressiopotilaille **tavallinen** rokkotauti **voi** olla henkeä uhkaava. [8.82]

- 60) Raskauskolestaasi ei **yleensä** ole vaaraksi odottavalle äidille, **mutta** sikiön hyvinvointi **voi** vaarantua tuntemattomalla tavalla. [16.23]

Esimerkissä 59 tulkintaa tukee adjektiivi *tavallinen* ja esimerkissä 60 sanapari *yleensä – mutta*. Ensimmäisessä esimerkissä perustellaan, millä ehdoin on mahdollista, että tavallisesta taudista tulee henkeä uhkaava, ja toisaalta toisessa esimerkissä *mutta*-konjunktioilla alkava sivulause asettaa *voida*-verbin ilmaiseman mahdollisuuden tavallisuudesta poikkeavaan valoon.

Yleiskielessä verbi *saattaa* on pääasiallisesti tulkittavissa episteemiseksi, vaikkakin imperfektissä ja kielteisissä yhteyksissä sitä esiintyy dynaamisessakin merkityksessä (VISK § 1571). Aineistossani *saattaa*-verbi esiintyy modaalisenä yhdeksän kertaa. Perustapauksena voidaan mainita esimerkki 61,

jossa mahdollisuuden vaikutus ala ulottuu erityisesti vanhusten oireiden ilmenemiseen – tämä on tulkittavissa lukijalle huomautukseksi ajatella myös epätavallisia syitä vanhuksen huonoon kuntoon. Esimerkissä 62 esitetään vaihtoehtoinen mutta mahdollinen tapa varmistaa epäilty diagnoosi.

61) Vanhuksilla oireet **saattavat olla** epätyypillisiä. [14.30]

62) Sylkinäytteiden pikatesteistä **saattaa olla** hyötyä, jos virtsanäytettä ei saada. [14.30]

Mielenkiintoinen tulkinta liittyy seuraavaan esimerkkiin, jossa mahdollisuus ei liitykään sairausiin tai potilaan hoitoon vaan kommentoi lääkärin toimintaa tai itse asiassa väärää toimintaa. Modaalisen mahdollisuuden sisältävää virkettä perustelee edellä oleva lause, jossa kuvatus kaltaisten hätätilanteiden todetaan olevan harvinaisia.

63) Hypertensiiviset hätätilanteet ovat nykyisin melko harvinaisia. **Siksi** korkean verenpaine-
netason ja yksilöllisesti vaihtelevien oireiden välinen suhde **saattaa jäädä** oivaltamatta.
[3.75]

Vastaavanlainen, myös *jäää*-verbiin liittyvä mahdollisuuden ilmaus on esimerkissä 64, jossa taas perusteluna havaitsematta jäämiselle toimii jo aloitettu hoito (*etenkin lisähappea saavan potilaan*).

64) Etenkin lisähappea saavan potilaan vaikeakin ventilaatiovajaus **voi jäädä huomaamatta**. [1.10]

Edelliset esimerkit (63, 64) tuovat esiin lääkärin työhön liittyvän inhimillisen virheen, hoitovirheen tai näiden mahdollisuuden. Joissakin tutkimuksissa (esim. Vihla 1999: 91–95, Luukka 1992: 11) tämänkaltaisten ilmausten on myös tulkittu johtuvan niin sanotusta negatiivisesta kohteliaisuudesta ja pehmentävän lukijaan kohdistuvaa kritiikkiä.

4.2.2.2 Mahdollisuusrakenne

Heli Pekkarinen (2011) on väitöskirjassaan käsitellyt sekä passiivin VA-partisiipin (TAVA-partisiipin, Pekkarinen 2011) aikaisempaa tutkimusta että käsitellyt passiivin VA-partisiipin merkityksiä erilaisissa konteksteissa. Käsittelen tässä Pekkarisen (2011; ks. myös VISK § 1584–1585) mahdollisuusrakenteeksi kutsumaa konstruktiota (eli verbiliittoa; ks. VISK § 1584) ja palaan välttämättömyysrakenteeseen velvoittavan modaalisuuden yhteydessä luvussa 4.2.3.3.

Pekkarisen (2011: 215) mukaan TAVA-partisiippia ei tulisi käsitellä pelkästään VA-partisiipin passiivimuotona, vaan omana itsenäisenä verbimuotonaan, jolla on omat, erilliset käyttökontekstinsa ja jonka on sidoksissa rakenteeseen ja kontekstiin. Hänen mukaansa TAVA-partisiippi ei myöskään ole itsessään modaalinen, vaan sen modaaliset välttämättömyyden ja mahdollisuuden tulkinnat määräytyvät kontekstin perusteella. Pekkarisen (2011: 215–216) mukaan ”modaalisen tulkinnan mahdollistaa

se, että TAVA-partisiipin merkitykseen kuuluu implisiittinen henkilökokija, jonka eksplisiittisenä koodauksena voi pitää passiivin tunnusta. Partisiippi saa modaalisen tulkinnan aina kun sen ilmaisemaa toimintaa tarkastellaan subjektiivisesti tämän useimmiten spesifioimattoman persoonan kannalta.”

Pekkarinen (2011: 24, 131) jakaa TAVA-partisiipin käytön kahteen tapaan: nominaaliseen ja verbaaliseen. Nominaalisessa käytössä partisiippilauseke voi toimia nominien tehtävissä muun muassa substantiivin määritteenä, ja verbaalinen käyttö taas kattaa partisiipin käytön osana predikaattia, vaikka adverbialina toimivan partisiipin ja osana predikaattia toimivan verbiliiton välillä onkin ennemminkin jatkumo kuin raja. TAVA-partisiipin verbaalisilla käyttötavoilla on vakiintunut modaalinen merkitys (Pekkarinen 2011: 128).

Pekkarinen (2011: 133) nimittää mahdollisuusrakenteeksi konstruktia, joka koostuu *olla*-verbistä ja toisesta, TAVA-partisiipin monikon inessiivimuotoisesta verbistä (tunnus *(t)tAvissA*), ja huomauttaa, että mahdollisuusrakenne muodostetaan lähinnä transitiiviverbeistä. Mahdollisuusrakenne ilmaisee yleensä dynaamista modaalisuutta ja merkitsee inhimillisen toimijan kykyä tai olosuhteista johtuvaa mahdollisuutta saavuttaa puheena oleva asiantila (VISK § 1584). Pekkarinen (2011: 146) tosin määrittelee välttämättömyysrakenteen modaalisuuden hieman totunnaisesta dynaamisen modaalisuuden määritelmästä poikkeavalla tavalla: mahdollisuusrakenteella ilmaistaan itse asiantilan mahdollisuutta, ei mahdollisuutta kokijasubjektin kannalta, koska useimmissa tilanteissa taholla, jota mahdollisuus koskee, ei ole merkitystä.

Rooliltaan mahdollisuusrakenteen subjekti vastaa passiivilauseen objektia, joten subjektin tarkoite onkin usein eloton ja lauseenjäsennyksen kannalta pikemminkin patientti kuin toiminnallinen subjekti. Inhimillinen toimija taas voi puuttua tai olla omistusrakenteen adverbialina, ja toisaalta toiminnan mahdollinen tekijä voidaan ilmaista rakenteeseen kuuluvalla genetiivisubjektilla. (VISK § 1584.)

Seuraavassa esimerkissä elotontarkoitteisena subjektina (*kammiotakykardia*) toimii pitkä nominaalilauseke, ja passiivinen lauserakenne häivyttää varsinaisen inhimillisen tekijän. Tunnistamisen mahdollisuutta korostaa tavan adverbiali *helposti*, mutta toiminnan toteuttaja jää implisiittiseksi.

65) Ryhmien IA ja III lääkkeiden aiheuttama kääntyvien kärkein kammiotakykardia **on** helposti **tunnistettavissa** EKG:stä, ks. 3.46. [3.48]

Pekkarinen (2011: 133, 136–137) käsittelee tarkemmin myös mahdollisuusrakenteen lauseenjäsennystä, joka tuntuu paikoin horjuvan esimerkiksi kongruenssin laukeamisen suhteen, ja tulkitsee tämän johtuvan siitä, että mahdollisuusrakenteen kieliopillistuminen on vielä kesken: osa kielenkäytäjistä tulkitsee rakenteen kopulallisen rakenteen, osa taas yksipersonaisen verbiliiton tavoin. Pekkarinen (2011: 136) toteaaakin, että mahdollisuusrakenne ei ole välttämättömyysrakenteen tavoin yksipersonainen vaan subjekti voi laukaista kongruenssin apuverbissä. Seuraavan esimerkin kielteisessä

lauseessa on nähtävissä mahdollisuusrakenteen subjektin laukaisema kongruenssi *olla*-verbissä, ja toiminta esitetään ikään kuin itsestään tapahtuvana prosessina. Adverbiaali *yleensä* rajaa kiellon alaa ('useimmiten tämä ei ole mahdollista').

66) Runsaat hyytymät **eivät** yleensä **ole tyhjennettävissä** ohuen letkun kautta. [4.45]

Vaikka mahdollisuusrakenteen tietyt piirteet, kuten kongruenssin laukeaminen, ohjaisivatkin tulkitsemaan verbinetisen argumentin koko kopulalauseen subjektiksi, se on samalla passiivimuotoisen verbin objekti (Pekkarinen 2011: 137). Näin ollen välttämättömyysrakenne muistuttaa nesessiivirakennetta jäsennyksensä osalta ja sen subjekti on ominaisuuksiltaan enemmän yksipersonaisen passiivilauseen objektin kaltainen (ks. Pekkarinen 2011: 137, 139, 168–169; Laitinen 1992: 117), ja lisäksi mahdollisuusrakenteessa voi olla ilmipantu genetiivisubjekti, kuten TAVA-partisiipilla yleensäkin (Pekkarinen 2011: 141). Objektinomaisuus näkyy seuraavassa esimerkissä partitiivisijaisuutena kieltolauseessa, kun taas subjektin sija ei muutu kiellon yhteydessä (Pekkarinen 2011: 139).

67) Jos kaikututkimuslaitetta **ei ole käytettävissä**, punktio voidaan tehdä Veressin neulalla tai tavallisella pitkällä alle 1 mm:n neulalla ”sokkona”. [18.87]

Tunnukseen (*t*)*tavissa* liittyvä aktiivin partisiippi voi ilmaista modaalista mahdollisuutta myös substantiivin määritteenä (VISK § 1584). Pekkarisen (2011: 160) mukaan näissä tapauksissa etumääritteenä voisi olla pelkkä TAVA-partisiippi, mutta tällöin määritteen väärintulkinta välttämättömyyttä ilmaisevaksi olisi mahdollinen: mahdollisuusrakenne siis varmistaa oikean tulkinnan. Tämä käy ilmi seuraavassa esimerkissä, jossa TAVA-partisiippi muuttaisi oleellisesti lausuman merkitystä (vrt. *perusterveydenhoidon keinoin diagnosoitava ja hoidettava oire*):

68) Päänsärky on tavallinen, lähes aina hyvänlaatuinen, perusterveydenhoidon keinoin **diagnosoitavissa ja hoidettavissa oleva oire.**” [10.10]

4.2.2.3 Muu harkintaan ohjaava modalisuus

Mahdollisuusrakenteen ja tiettyjen modaaliverbien lisäksi mahdollisuutta tai todennäköisyyttä voidaan ilmaista *olla*-verbin ja adjektiivin muodostamalla predikaatilla, joka esiintyy genetiivisubjektin ja A-infinitiivin kanssa (nesessiivirakenteessa), tai nominaalilausekkeella, jossa modaalinen adjektiivi määrittää substantiivia (VISK § 1588, 1589). Osa näistä rakenteista taas kuuluu selvästi velvoittavuutta tai pakkoa ilmaisevaan modalisuuteen. Käsittelen tässä yhteydessä dynaamisiksi ja episteemisiksi tulkittavia rakenteita, kun taas deonttiset rakenteet käsittelen velvoittavan modalisuuden luvussa.

Nesessiivirakenteessa esiintyvistä adjektiiveista erityisesti *mahdollinen (on mahdollista)* ilmaisee dynaamista modalisuutta, vaikka joissakin konteksteissa se voidaan tulkita myös deonttiseksi (VISK § 1589). Omassa aineistossani se esiintyykin juuri osoittamassa vaihtoehtoista tapaa tai mahdollisuutta, erityisesti hoitoa käsittelevissä luetoelmissa. Esimerkissä 69 on aikaisemmin kerrottu vakavien,

henkeä uhkaavien tilanteiden hoidosta, tässä kohdassa puheena on lievempi tapaus. Luetelmassa ohjataan kyseisessä tilanteessa potilaalle vähemmän haittoja aiheuttavaan lääkitykseen, tarjotaan siis harkittavaksi vaihtoehtoisia tapaa.

69) YLÄHENGITYSTEIHIN RAJOITTUNUT VASKULIITTI

- Hoidon aloitukseen on mahdollista käyttää glukokortikoidia ja sulfa-trimetopriimiyhdistelmää. [9.51]

Modaalisuutta voidaan ilmaista myös nominaalilausekkeissa, joissa modaaliset adjektiivit esiintyvät substantiivin määritteinä (VISK § 1588). Aineistostani löytyy esimerkkejä niin dynaamisesta kuin episteemisestäkin käytöstä. Selvästi dynaamisesta modaalisuutta kuvataan esimerkiksi adjektiivilla *mahdollinen* ja episteemistä adjektiiveilla *selvä* ja *ilmeinen*, kuten esimerkeissä 70–72.

70) Muut **mahdolliset** oireet [10.17]

71) Aloitettuja hoitoja jatketaan, ellei havaita **selvää** vasta-aihetta tai tunnisteta työdiagnoosia heti vääräksi. [1.05]

72) Hoidon aloitus on perusteltua, kun todetaan mikroangiopaattinen hemolyyttinen anemia ja trombosytopenia, joihin ei ole muuta **ilmeistä** syytä kuin TTP tai epätyypillinen HUS (ks. 13.65). [13.66]

Modaaliset partikkelit ja adverbit taas ilmaisevat pääasiassa episteemistä modaalisuutta eli puhujan käsityksiä lausuman proposition varmuudesta tai todennäköisyydestä, ja monet näistä ovat leksikaalistuneita muotoja (VISK § 1601), kuten seuraavissa esimerkeissä.

73) Tila ei **oletettavasti** heikkene lähitunteina. [14.30]

74) Kunkin oireen aiheuttajan kohdalla löydösten painopiste on erilainen, eivätkä kaikki löydökset **välttämättä** ole samaa vaikeusastetta. [1.05]

Esimerkissä 73 adverbillä *oletettavasti* arvioidaan tilan etenemisen todennäköisyyttä käytännön kokemusten tai tieteellisen näytön perusteella ('näin voidaan olettaa'), toisessa, kieltomuotoisessa esimerkissä 74 taas *välttämättä* viittaa tiedon epävarmuuteen ('näin ei ehkä ole'). Modaalisilla aineksilla pyritään siis tuomaan lukijan harkinta tilanteeseen.

4.2.3 Toimintaan ohjaava modaalisuus

Käsittelen tässä luvussa modaalisuutta, joka ohjaa lukijaa toimintaan. Koska kyse on oppaasta, joka antaa ohjeita lääkärille käytännön työn suorittamiseen, lääkärin toimintaan liittyvä velvoittava modaalisuus kytkeytyy sekä puhujan tahtoa tai puheyhteisön normeja ilmaiseva lupaan ja velvollisuuteen (VISK § 1554) mutta myös suositeltavaan tai jopa pakolliseksi katsottuun toimintamalliin potilaiden hoidossa. Ohjailu ei siis pelkästään ole tulkinnanvaraista tai sen noudattaminen vapaaehtoista, vaan

noudattamatta jättämisellä voi vakavia seurauksia. Näin ollen toimintaan ohjaavalla modaalisuudella ei ole ainoastaan tekstuaalisia tehtäviä, vaan sen avulla myös pidetään potilaat elossa.

Vihla (1999: 119–120) osoittaa tutkimuksessaan, että lääketieteen tekstilajeista deonttisia modaali-ilmauksia käytetään eniten juuri ammatillisissa ohjailevissa teksteissä, ja esittää, että deonttisen modaalisuuden runsas käyttö heijastaa kliinisen lääketieteen normatiivista luonnetta. Nämä ammatilliset oppaat edustavat lääketieteen käytännöllistä puolta mutta liittyvät myös siihen tosiseikkaan, että oppaissa esitellään ja osoitetaan ammatilliset säännöt. Kliinistä päätöksentekoa säätelevät lääketieteellisten viranomaisten ja arvovaltaisten asiantuntijoiden antamat normit ja suositukset, ja ohjailevien tekstien kautta voidaan osoittaa ammatilliset odotukset ja se, mitä pidetään oikeana valintana ammatillisissa yhteyksissä. Toisaalta normit palvelevat myös yhteisenä maaperänä kliinisen työn päätöksenteossa, kun päätökset tulee tehdä nopeasti – normit eivät siis välttämättä ole negatiivisia vaan voivat lisätä tehokkuutta.

Isossa suomen kieliopissa deonttisesti tulkittavista, lähinnä välttämättömyyttä ja velvollisuutta mutta myös lupaa ilmaisevista kiteytyneistä verbirakenteista käytetään nimitystä nesessiivirakenne (VISK § 1580). Sääskilahti (2009: 170) taas on käyttänyt tästä genetiivisubjektista ja nesessiivisen predikaatin ja infinitiivin muodostaman verbiliiton rakenteesta nimitystä nesessiivikonstruktio. Konstruktiolla Sääskilahti viittaa konstruktiokieliopin määritelmään konstruktiosta kielellisenä yksikkönä, joissa muodon ja merkityksen suhde on keskeinen. Nämä konstruktiot voivat vaihdella muodoltaan, mutta Jaakolan (2004: 258–259) suomen genetiiviä koskevaan tutkimukseen viitaten Sääskilahti (2009: 170) mainitsee nesessiiviin konstruktioiden kuuluvan kolme erityistä alatyyppeä: kaikissa tyypeissä on genetiivimuotoinen subjekti ja predikaattiverbinä on joko 1) yksipersonainen modaaliverbi³, 2) kopulallinen kokijarakenne tai 3) nesessiivinen verbiliitto⁴. Laitinen (1992: 28) tosin mainitsee, vaikka genetiivisubjekti onkin nesessiivikonstruktioiden keskeinen tuntomerkki, se ei ole rakenteen välttämätön argumentti – itse asiassa nesessiiviset predikaatit esiintyvät hyvin yleisesti nollasubjektiauseissa.

Omassa aineistossani esiintyy kaikkia näitä tyyppisiä, mutta selvästi yleisintä on yksipersonaisesti käytetty modaaliverbi, joka tosin esiintyy vain harvoin genetiivisubjektin kanssa, vaan useimmiten rakenne on nollapersonainen: rakenne mahdollistaa geneerisen (kenen tahansa) asettumisen subjektin paikalle. Subjektittomuutta ja persoonan ilmaisemisen välttämistä on tavanomaisesti kuvattu kohteliaisuuden keinona, mutta Sääskilahti (2011: 183) mainitsee sen mahdolliseksi motivaatioksi jättää lukijalle mahdollisuus olla sijoittamasta itseään toimintaohjeiden vastaanottajaksi ja välttää näin ylhäältä ohjailun vaikutelmaa. Aineistossani vaikuttaa olevan samanlainen suuntaus kohteliaisuuden ilmaisussa lukijan omalle harkinnalle tilaa antavan mahdollisuutta ilmaisevan modaalisuuden osalta,

³ Jaakolalla (2004: 258) tyyppin nimitys on modaaliverbikonstruktio.

⁴ Jaakolalla (2004: 258) tyyppin nimitys on nesessiivinen liittomuoto.

mutta välttämättömyyden ilmauksissa velvoittava tai jopa pakollisuutta ilmaiseva sävy on hyvin yleinen.

Nesessiivisissä konstruktioissa ohjailua voidaan pehmentää esimerkiksi adverbein (*tulee **tarvittaessa** konsultoida, on **useimmiten** tarpeen*), mutta ohjailua voidaan myös vahvistaa ehdottoman velvoittavaksi (*valvonta on **aina** tarpeen*). Sääskilahti (2011: 175) mainitseekin nesessiivirakenteen ja imperatiivin keskeiseksi eroksi sen, että nesessiivirakennetta pystytään muuntelemaan enemmän kuin suoria käskylauseita.

Käsittelen seuraavissa alaluvuissa ensin *voida-* ja *saada-*verbeihin liittyvää velvoittavuutta ja sen jälkeen varsinaisia nesessiiviverbejä. Sen jälkeen käsittelen velvoittavuutta ilmaisevia verbirakenteita eli Sääskilahden jaon mukaisia kopulallisia kokijarakenteita ja nesessiivisiä verbiliittoja. Näistä nostan ensin esiin nesessiiviset verbiliitot, joita Pekkarinen (2011: 161) kutsuu välttämättömyysrakenteeksi, ja sen jälkeen keskityn *olla-*verbin ja nominaalisen osan sisältäviin rakenteisiin.

4.2.3.1 Verbit *voida* ja *saada* deonttisessa käytössä

Kuten olen jo aiemmin todennut, *voida-*verbiä esiintyy aineistossani paljon. Se on yleiskäyttöinen ja saa modaalisuuden lajin suhteen tulkintansa kontekstin perusteella (VISK § 1566). Olen käsitellyt *voida-*verbin dynaamista ja episteemistä ulottuvuutta luvussa 4.2.2.1, ja näissä tilanteissa verbi on melko usein aktiivimuotoinen ja saa lausesubjektin, vaikka lausesubjekti voikin olla ei-elollistarkoitteen nominaalilauseke.

Deonttisemmän tulkinnan saavat passiivimuotoiset, nollapersoonaisissa lauseissa esiintyvät *voida-*verbit. *Ison suomen kieliopin* mukaan (VISK §1569): ”Toiminta esitetään mahdollisena siinä mielessä, että joku tai jokin – ihminen tai instituutio – sallii sen, antaa siihen luvan.” Omassa aineistossani korostuvat erityisesti tapaukset, joissa sallivaa taho ei ole ilmi pantu mutta jotka ovat mielleltävissä institutionaaliseksi säätelyvallaksi, oli kyseessä sitten kollegiaalinen yhteisö, terveydenhuollon valvontaviranomaiset tai kansalliset hoitosuosituks.

75) **Jos** muut keinot eivät auta ja seuranta terveydenhuollossa on välttämätöntä, **voidaan harkita** leposidehoitoa (ks. 19.92). [14.30]

76) **Jos** hoitovaste on huono, **voidaan kokeilla** muita hoitomuotoja, ks. taulukko 13.66. [13.66]

Molemmissa esimerkeissä (75, 76) luotelman muoto on samanlainen: ”Jos x, voidaan y.” *Jos-*alkuisella ehtolauseella esitetään tilanne, jossa *voidaan-*verbin sisältävässä seurauslauseessa esitetty toiminta on mahdollista. Erityisesti esimerkissä 75 toiminta rajataan hyvin tarkasti tietyn ehdoin, ja viittaus toiseen artikkeliin (ks. 19.92) johtaa tekstiin, jossa käsitellään potilaan oikeuksien rajaamista. Taustalla on laki, joka säätelee sitä, missä määrin voidaan puuttua potilaan itsemääräämisoikeuteen

sekä rajoittaa tämän vapautta pakkokeinoin ja tahdonvastaisesti. Esimerkissä 76 taas on aiemmin esitelty tärkeimmät hoidot kyseiseen sairaustilaan ja esimerkin luetelmassa ohjataan muiden, taulukossa esiteltyjen vaihtoehtojen pariin, mikäli ensisijaiset hoidot tehoavat huonosti: taulukossa luetellut toissijaiset hoidot siis täydentävät suositusta.

Jollakin tasolla sallimisen taustalla on myös käytännön ohjeiden taustalla vaikuttava tiede, jonka useissa tutkimuksissa osoitettujen, näyttöön perustuvien ohjeiden mukaan potilaita pyritään hoitamaan. Tämän osoittavat seuraavat esimerkit 77 ja 78.

77) Tromboosiprofylaksi LMWH:lla **voidaan aloittaa** noin trombosyyttitasolla $40\text{--}50 \times 10^9/\text{l}$. [13.66]

78) Yhdenmuotoinen vallitseva kammiotakykardia **voidaan yrittää pysäyttää** endokardiaalisella tahdistuksella, ks. 18.62. [3.48]

Esimerkissä 77 on kyse potilaasta, jolla on ollut hyytymisongelmia mutta jonka tukosriski on suurentunut. Ohjeessa kerrotaan, että tukosten ehkäisyyn on mahdollista ryhtyä, kun hyytymistekijäpitoisuus on riittävän suuri ja akuutin vuodon vaara ei ole enää niin merkittävä. Tieteellisesti on osoitettu, että kun potilaan trombosyyttimäärä on tietyllä tasolla (*noin*), tukosten ehkäisystä saatava hyöty on suurempi kuin vuodon riski: tällöin hoidon aloittaminen on sallittua. Esimerkissä 78 taas passiivimuotoinen modaaliverbi *voida* liittyy *yrittää*-verbiin: tässä annetaan mahdollisuus hoitaa potilasta tavalla, jonka joskus on osoitettu toimivan mutta joka toisaalta ei välttämättä tehoa. Deonttinen, sallimiseen liittyvä modaalisuus kohtaa tässä dynaamisen, ulkoisista olosuhteista riippuvan mahdollisuuden.

Vielä selvemmin tähän viittaavat aineistoni neljä esiintymää *saada*-verbistä. Kaikki näistä esiintymistä ovat kielteisessä, yksikön 3. persoonassa, mikä vahvistaa deonttista, luvanvaraisuuden vaikutelmaa. *Ison suomen kieliopin* mukaan: ”-- kielteisissä lauseissa *ei saa* on vain deonttinen, kun taas *ei voi* on tulkittavissa myös dynaamiseksi mahdollisuudeksi --” (VISK § 1569).

79) Päihtymys **ei saa olla esteenä** hoidolle ja potilas on arvioitava terveydenhuollossa. [14.30]

80) Vasemman eteisen ja kammion täyttöpaine tai systolinen verenpaine **ei saa alentua** liikaa. [20.27]

Esimerkissä 79 velvoitus koskee suoraan lääkärin toimintaa ja esimerkissä 80 tavallaan hoidon toteuttamista, vaikka nominaalistuksen eli kieliopillisen metaforan avulla varsinainen tekijä, lääkäri, onkin häivytetty virkkeestä ja lauseopillisena subjektina toimii nominaalilauseke.

4.2.3.2 Nesessiiviverbit

Nesessiiviverbit, kuten *pitää* ja *täytyy*, eroavat muista modaaliverbeistä siinä, että ne esiintyvät erityisessä nesessiivirakenteessa ja että ne ovat aina yksikön 3. persoonassa (VISK § 1565). Yleisesti nesessiiviverbejä käytetään kolmella eri tavalla (VISK § 1573): deonttisessa tarkoituksessa niillä voidaan ilmaista velvollisuutta ja siten ohjailta puhuteltavan toimintaa mutta myös kuvata fyysisistä tai psyykkisistä olosuhteista johtuvaa pakkoa ja lisäksi niillä voidaan arvioida tapahtuman todennäköisyyttä eli osoittaa episteemistä päättelyä. Nesessiivirakenteen kielio pillisia piirteitä käsittelin jo luvussa 4.2.3, ja tässä luvussa syvennyn nesessiiviverbeillä ilmaistavaan velvoittavaan modaalisuuteen.

Voida-verbin tavoin modaalisen tulkintansa kontekstin perusteella saa usein verbi *pitää*. Sillä on toki myös ei-modaalista käyttöä, mutta modaalisessa merkityksessä se esiintyy aineistossani seitsemän kertaa. Toisin kuin mahdollisuutta ilmaiseva *voida*-verbi, nesessiiviseksi modaaliverbiksi eli nesessiiviverbiksi kutsuttu *pitää*-verbi tulkitaan useimmiten välttämättömyyden ilmaisuksi, ja se liittyy oleellisesti deonttisen eli velvoittavan modaalisuuden alaan (VISK § 1562.) *Pitää*-verbin tulkinta kuitenkin vaihtelee sen mukaan, missä persoona-, tempus- ja modusmuodossa se esiintyy (VISK §1575).

Omassa aineistossani *pitää*-verbi näyttäytyy vahvasti deonttisena. *Isossa suomen kielio pillissa* (VISK § 1575) todetaan, että: ”Verbi saa dynaamisen tai deonttisen tulkinnan indikatiivin preesensissä ja imperfektissä sekä konditionaalin preesensin yksikön 1. persoonassa ja nollapersonassa”, ja oman aineistoni kaikki seitsemän esiintymää ovat indikatiivin preesensissä. Erityisen vahvasti verbi liittyy toiminnan ohjailmiseen ja työn velvollisuuksien täyttämiseen, kuten seuraavista esimerkeistä voidaan havaita:

81) Alkuvaiheen hoito **pitää** toteuttaa teho- tai valvontatasoisessa yksikössä. [3.76]

82) ST-noususydäninfarktin liuotushoittoon **ei pidä** ryhtyä, ellei verenpaine ole hallinnassa kipulääkkeellä, nitroglyseriini-infuusiolla ja beetasalpaajalla, ks. 3.22. [3.76]

Esimerkissä 81 velvoitetaan sen kummemmin perustelematta huolehtimaan hoidon vaatimustasosta, kun taas esimerkissä 82 asetetaan toiminnalle (tietyille hoidolle) ehdot, joiden toteuttaminen on hoidon kannalta välttämätöntä.

Välttämättömien ehtojen asettaminen näkyy myös seuraavassa esimerkissä, jossa *pitää*-verbi esiintyy *olla*-verbin kanssa:

83) Jos SYNK-merkki osuu T-aallon päälle, potilas voi mennä rytminsiirrosta kammioväriinään. Tämän vuoksi **pitää** olla valmius hoitoelvytykseen. [18.60]

Esimerkissä 83 *pitää*-verbin sisältämällä lauseella perustellaan välttämätöntä hoitoelvytyksen valmiutta, koska tehtäväksi aiottu toimenpide saattaa johtaa potilaan kannalta kohtalokkaaseen tilaan.

Kontekstin perusteella tämän esimerkin voisi tulkita myös fyysisistä olosuhteista johtuvaksi pakoksi, mutta yhtä kaikki tulkinta on deonttinen.

Välttämättömyyttä ilmaisevien modaaliverbien *pitää* ja *täytyy* negaationa (ei-välttämätön) toimii *tarvita*-verbin kieltomuoto *ei tarvitse* (VISK § 1613), kuten seuraavissa esimerkeissä.

- 84) Kohtauksen aikana ei aloiteta uraattipitoisuutta pienentävää lääkitystä, vaan sen rauhoituttua. Käytössä olevaa uraattipitoisuutta alentavaa lääkettä **ei tarvitse** tauottaa. [9.20]

85) MAKSAN VAJAATOIMINTA

- Kerta-annoksen yhteydessä annosta **ei tarvitse** muuttaa. [20.22]

Esimerkissä 84 ei-välttämättömyydellä täsmennetään edellisessä virkkeessä annettua ohjetta, esimerkissä 85 taas ohjeistetaan lääkkeen antoa tilanteessa, jossa potilaalla on maksan vajaatoiminta. Molemmissa tapauksissa ohjeistuksen taustalla näkyy yleinen lääketieteellinen periaate siitä, että uusien lääkkeiden käytön aloittamisen yhteydessä ne on sovittava potilaan muihin lääkityksiin tai sairauksiin, vaikka tätä oletusta ei olekaan kirjoitettu auki. Esimerkeissä täsmennetään erikseen, ettei se ole välttämätöntä: modaalisuudella siis osoitetaan poikkeusta yleisestä toimintamallista.

Yleiset nesessiiviverbit *pitää* ja *täytyy* ovat joissakin konteksteissa keskenään synonyymisia (VISK § 1573) – mielenkiintoista tosin on, että koko aineistossani *täytyy*-verbiä ei esiinny lainkaan. Ylipäätään välttämättömyyttä ilmaisevia verbejä, kuten *joutua*, *kuulua* ja *tulla*, on suomen kielessä vähemmän kuin mahdollisuutta ilmaisevia, ja pakkoa tai velvoitetta ilmaisevat verbit ovat merkitykseltään selvärajaisempia kuin laajakäyttöiset *täytyä* ja *pitää*. Välttämättömyyttä ilmaisevat verbit saavat pääasiassa deonttisen tulkinnan. (VISK § 1577 ja 1562.)

Modaalisessa käytössä, välttämättömyyttä ja pakkoa ilmaisevana, verbi *joutua* on aina implikaatiivinen (VISK § 1577). Implikaatiivisuus tarkoittaa sitä, että lopputulokseen päädytään, mahdollisuutta ilmaisevilta modaaliverbeiltä tällainen implikaatio puuttuu eli tulkinta jää avoimeksi (VISK § 1562).

Joutua-verbi esiintyy aineistossani kaksi kertaa finiittiverbinä, molemmissa tapauksissa passiivissa.

- 86) Kiireellisissä, potilaan henkeä tai jonkin elimen toimintakykyä vakavasti uhkaavissa vaskuliittiepäilyissä **joudutaan** hoito aloittamaan ennen diagnostisten tutkimusten valmistumista, ks. 9.50. [9.51]

- 87) Vaikeasti sairaille potilaille aloitetaan välittömästi OctaplasLG®-infuusio (noin 90–130 ml/t) PV:a odotellessa, jos potilasta esimerkiksi **joudutaan** kuljettamaan usean tunnin matkan päähän. [13.66]

Näissä esimerkeissä implikaatiivisuus näkyy hyvin: kun jotakin *joudutaan tekemään* (vrt. *vaskuliittiepäilyissä voidaan joutua aloittamaan*), tulkinta dynaamisen ja deonttisen modaalisuuden välillä on hor-

juva. Potilaan kriittinen tila edellyttää lääkäriltä tietynlaista toimintaa, vaikka molemmissa näistä tapauksista toiminta ei vastaa yleisesti suositeltua toimintajärjestystä. Näissä esimerkeissä vastaanottajaa ohjataan toimimaan vastoin (julkilausumattomiakin) yleisiä hoitoperiaatteita, koska potilaan kannalta kriittisessä tilanteessa toiminnan päämääränä on ensisijaisesti turvata potilaan henki.

Verbi *joutua* on myös välttämättömyyttä ilmaisevista modaaliverbeistä ainoa, joka ei esiinny nesessiivirakenteessa. Näin ollen se voi esiintyä toisen modaaliverbin alaisena, vaikka tällöin dynaaminen ja deonttinen tulkinta eivät välttämättä olekaan erotettavissa toisistaan (VISK § 1577):

88) Jokaisessa toimintayksikössä, jossa hengitystien varmistaminen **voidaan joutua suorittamaan**, on suositeltavaa varustautua jonkin supraglottisen välineen käyttöön kouluttamalla ja ohjeistamalla suorittava henkilöstö. [18.10]

89) Edenneessä maksasairaudessa INR ei kuvaa suoraan vuotoriskiä ja toimenpide **voidaan joutua tekemään**, vaikka INR ei olisi tavoitearvoissa. Verensiirtoja vaativat verenvuodot ovat silti harvinaisia. [18.87]

Toisaalta esimerkeissä 88 ja 89 on kyse siitä, että potilaan hyvä, asianmukainen hoito edellyttää toimenpiteen tekemistä tai jopa velvoittaa siihen, toisaalta taas tilanteeseen, jossa näitä toimenpiteitä joudutaan tekemään, päädytään ulkoisten muuttujien vuoksi, fyysisen pakon edessä.

Verbiä *joutua* selvemmin normiin vetoaa verbi *tulla*. *Iso suomen kielioppi* (VISK § 1577) mainitsee *tulla*-verbin olevan yleinen varsinkin ohjeissa ja säädösteksteissä, ja muualla kuin säädösteksteissä se esiintyy usein konditionaalissa. *Tulla*-verbi, toisin kuin *joutua*, esiintyy nesessiivirakenteessa (VISK § 1577). Aineistossani *tulla*-verbi toiseksi yleisin modaaliverbi (esiintymiä 28), vaikkakin se on kaukana yleisimmästä, *voida*-verbistä (esiintymiä 143).

Tulla-verbin yleisyys aineistossani voi johtua erityisesti kahdesta seikasta. Ensiksi siitä, että *Akuuttihoito-opas* koostuu kansallisesti ohjaaviin *Käypä hoito -suosituksiin* perustuvista ohjeista, ja toiseksi monen niistä taustalla vaikuttavat valtiollisesti laaditut, sitovat toimintatavat.

Seuraavassa esittelen kolme *tulla*-verbiin liittyvää esimerkkiä.

90) Hoitavalla henkilökunnalla **tulee** olla immuniteetti tuhkarokkoa vastaan, joko itse sairastettuna tai kahden rokotuskerran antama suoja (MPR-rokote). [8.82]

91) Jos kotona asuvalla iäkkäällä ilmenee äkillinen hoivan tarve, esim. omaishoitajan sairastumisesta tai muusta sairaudesta johtumattomasta syystä, **tulee** hänellä olla mahdollisuus päästä suoraan hoitoyksikköön ilman päivystyksen käyttöä. [17.10]

92) Humalatila ei ole psykiatrisen sairaanhoidon este. Päihtyneen mielenterveysongelman akuuttihoito **tulisi** kuitenkin tapahtua ensisijaisesti muualla kuin psykiatrisessa sairaalassa (Päihtyneen henkilön akuuttihoito, STM 2006). [14.30]

Esimerkissä 90 ammattiin kuuluvan veloitteen tai jopa pakon voidaan tulkita tulevan hoitavalle henkilökunnalle annetuista määräyksistä, esimerkissä 91 taas taustalla melko varmasti vaikuttaa vanhususten hoidosta annettu laki tai ainakin sen tulkinta terveydenhuollossa.

Esimerkki 92 on siitä kiinnostava, että vaikka *Ison suomen kielipin* mukaan konditionaali on yleinen muualla kuin säädöstekstissä, tässä on jopa selvästi mainittu lähteenä oleva teksti, päihtyneen henkilön akuuttihoitoa koskevat sosiaali- ja terveysministeriön antamat ohjeet. Vaikka lähdeteksti on nimikoitu ohjeiksi, uskoisin valtiollisen viraston antamien ohjeiden olevan tekstilajina lähempänä säädöstekstiä kuin varsinaisia ohjeita – ainakin niiden velvoittavuus on hyvin vankkaa.

Mielenkiintoista tosin on, että juuri tässä kohdassa on käytetty moduksena konditionaalia, jota muutoin ei kovin runsaasti aineistossani esiinny, tämä on nimittäin yksi viidestä konditionaaliesiintymästä koko aineistossa. Ehkä ristiriita ministeriön antamien velvoittavien ohjeiden ja käytännön työn arjen välillä on johtanut kirjoittajan lieventämään *Akuuttihoito-oppaan* ohjetta tai sitten kirjoittaja haluaa välttyä ottamasta ehdotonta kantaa ministeriön ohjeeseen ja siirtää näin vastuun ylemmälle taholle. Jälkimmäistä tulkintaa tukee myös se, ettei juuri muualla koko oppaassa ole lähdeviitteitä, mutta tässä yhteydessä lähde on haluttu tuoda ilmi.

Tulla-verbi esiintyy aineistossani myös viittaamassa tilanteisiin, joissa ohjeistetaan lukijaa kääntymään toisen, tietyn erikoisalan lääkärin puoleen lisätiedon saamiseksi.

93)

- Antitromboottista lääkitystä (varfariini, ASA, klopidoogreeli, uudet antikoagulantit) saavilla potilailla hemostaasin korjaus vaatii yksilöllisen arvioinnin (tukosriski).
- Varfariinin vaikutuksen kumoaminen K-vitamiinilla on useimmiten tarpeen.
- Korvaavaksi hoidoksi voidaan käyttää pienimolekyylisiä hepariinia.
- Uusien antikoagulanttien (NOACs) ja niiden vasta-aineiden osalta **tulee tarvittaessa konsultoida** hyytymislääkäreitä. [4.47]

Kiinnostavaa edellä olevassa, ruoansulatuskanavan verenvuodon lääkehoitoa käsittelevässä esimerkissä 93 on eräänlainen kahdentunut modaalisuus: adverbi *tarvittaessa* määrittää predikaattiverbiä. Vaikka *tulla*-verbi viittaa velvollisuuteen, adverbi lieventää sen velvoittavuutta. Perusteluja sille, millä ehdoin konsultointi tulee tehdä, ei kuitenkaan määritellä, vaan se jää lukijan harkinnan varaan. Myöskään laajemmasta kontekstista ei ehtoja voida päätellä – varfariinin osalta annetaan selvät toimintaohjeet, muutoin ohjataan arvioimaan tilannetta yksilöllisesti.

Velvoittava modaaliverbi *tulla* esiintyy myös transitiivisen mentaaliverbin *harkita* kanssa, joka passiivirakenteessa ohjaa toiminnan subjektiin itseensä.

- 94) Akuutissa vaikeassa taudissa käytetään prednisolonia 1 mg/kg/vrk ja immunosuppressiivisia lääkkeitä. **Tulee myös harkita** plasmafereesihoitoa. Jos tauti liittyy hepatiitti C -virukseen, annetaan myös antiviraalinen hoito. [9.51]

95)

- Lääkityksessä suoritettava intubaatio tajuttomalle potilaalle on aina ensisijaisesti teho-
hoito-, anestesia- tai ensihoitolääkärin suorittama RSI (rapid sequence induction). – –
- Mikäli RSI ei ole mahdollista, **tulee harkita** sedatoivan lääkityksen käyttöä.
- Yleensä on aina aikaa konsultoida tehohoito-, anestesia- tai ensihoitolääkärää. [18.10]

Esimerkissä 94 annetaan ensin selvä hoito-ohje, mutta velvoitetaan sen lisäksi myös harkitsemaan tiettyä erityishoitomuotoa. Tässäkään esimerkissä ei ehtoja esitetä, vaan oletetaan lukijan tietävän ne (tai ottavan muutoin selville). Esimerkki 95 taas koskee hengitystien turvaamista kiireellisessä tapauksessa: aiemmassa luetelmakohdassa tuodaan esille ensisijainen toimintatapa, mutta sille esitetään harkittavaksi vaihtoehto *tulla*-verbin sisältävässä luetelmassa. Tässä toisen tason luetelma kuitenkin ohjaa konsultoimaan toista lääkärää päätöksen tueksi, vaikka kyse ei varsinaisesti ole perustelusta tai harkinnan ehdoista.

Modaaliverbi *tulla* esiintyy aineistossani myös kielteisessä muodossa. Kahdessa seuraavassa esimerkissä on kuitenkin hienoinen ero siinä, miten velvoitus näissä syntyy.

96) Mikäli potilaalla on aiemmin ollut kääntyvien kärkien (torsades de pointes) takykardia, levosimendaania **ei tule** käyttää. [20.29]

97) MUSTUAISREAKTIOT

- Suora ja epäsuora valoreaktio
- Mustuaisia **ei tule** laajentaa, jos valoreaktiot ovat poikkeavat ja potilas aiotaan lähettää päivystyksellisenä eteenpäin. [10.17]

Esimerkissä 96 potilaan aiempi sairaus aiheuttaa syyn olla käyttämättä kyseistä lääkettä eli perustelu on lääketieteellinen ja velvoite ehdoton, lääke voisi aiheuttaa potilaalle riskin, vaikka tätä ei suoraan sanotakaan. Esimerkki 97 on periaatteessa muodoltaan samanlainen ”x, mikäli y” kuin esimerkki 96 mutta liittyy erilaiseen toimintajaksoon. Luetelmassa on kyse näköhäiriöiden tutkimisesta ja kohdasta, jossa ohjataan tutkimaan mustuaisreaktiot (sekä suora että epäsuora valoreaktio). Huomautuksena tähän annetaan toisen tason luetelmassa ohje, että (mahdollisesti tavallisesta toimintatavasta poiketen) ”mustuaisia ei tule laajentaa” tietyssä tilanteessa. Syytä ei mainita, mutta on oletettavaa, että mustuaisten laajentaminen haittaisi seuraavassa hoitopaikassa joko diagnosointia, hoitoa tai molempia. Näin ollen velvoite tulee ennemminkin käytännön työn sujuvuuden vuoksi, ei varsinaisesti potilaasta riippuvista syistä.

4.2.3.3 Velvoittavuutta ilmaisevat verbirakenteet

Luvussa 4.2.3 esittelin nesessiivirakenteen (nesessiivisen konstruktion) predikaattien kolme tyyppiä: yksipersonaisen modaaliverbin, kopulallisen kokijarakenteen sekä nesessiivisen verbiliiton. Varsinaisten nesessiiviverbien lisäksi pakkoa tai velvoittavuutta ilmaistaan siis myös nominaalisella predikaatilla *on pakko* ~ *tarpeen* ~ *syytä* sekä modaalisella verbiliitolla *on* + passiivin VA-partisiippi. Velvoittavuutta

ilmaisevaa modaalista verbiliittoa Pekkarinen (2011: 161) nimittää välttämättömyysrakenteeksi ja siihen liittyvä partisiippiä TAVA-partisiipiksi. Välttämättömyysrakenne on nesessiivirakenteen sopivista predikaateista ainoa, jossa velvoittavuutta ei ilmaista leksikaalisella elementillä vaan verbipäätteellä *-tAvA* (Pekkarinen 2011: 165). Nesessiiviverbejä käsittelin edellisessä alaluvussa 4.2.3.2, ja tässä keskityn kahteen jälkimmäiseen.

Kuten mahdollisuusrakenteessa (ks. luku 4.2.2.2), myös välttämättömyysrakenteessa modaalinen tulkinta syntyy kontekstin avulla. Yksikön kolmannessa persoonassa olevasta *olla*-verbistä ja yksikön nominatiivissa olevasta TAVA-partisiipista (passiivin VA-partisiipista) muodostuvan verbiliiton syntaktisiin ominaisuuksiin kuuluu ilmisubjektin genetiivisijaisuus. Genetiivisubjekti ei kuitenkaan ole pakollinen osa rakennetta, ja verbinetinen, teemapaikalla oleva argumentti jäsentyy usein objektiksi (Pekkarinen 2011: 163, 167), mikäli se ei ole genetiivisijainen. Pekkarinen (2011: 215) esittää myös, että TAVA-partisiippi ei ole pelkästään VA-partisiipin passiivimuoto vaan että sillä on omat, eriytyneet käyttökontekstinsa.

Omassa aineistossani velvoittavuutta ilmaisevat modaaliset verbiliitot jakautuvat karkeasti kahteen ryhmään: harkintaan liittyviin (esimerkki 98) ja hoidon toteuttamista ohjaaviin (esimerkki 99).

98) Proarytmia on luonteeltaan hengenvaarallinen⁵ ja sen mahdollisuus **on pidettävä aina mielessä** rytmihäiriötä hoidettaessa. [3.48]

99) Hypovolemia **on korjattava** ennen hoidon aloitusta. [20.23]

Ensimmäiseen ryhmään kuuluvat muita vaihtoehtoja harkitsemaan ohjaavat esiintymät (*on otettava huomioon, on huomioitava, on pidettävä mielessä*). Nämä ovat siinä mielessä kiinnostavia, että vaikka leksikaalisesti kyse onkin harkitsemisesta, lauseiden modaalisuus on toimintaan ohjaavaa – deonttisesti velvoitetaan dynaamisen mahdollisuuden huomaamiseen. Esimerkkiin 98 liittyy lisäksi lausesubjektin asemassa oleva nominaalilauseke *sen mahdollisuus* sekä velvoittavuutta vahvistava adverbiaali *aina*.

Toiseen ryhmään kuuluvat ilmaisut, joilla ohjataan hoidon toteuttamista joko sen kiireellisyyden (*on aloitettava heti*) tai tavan (*on käytettävä varoen, on korjattava ennen hoidon aloitusta*), liitännäishoitojen (*Nesteytyksestä on huolehdittava.*), diagnoosin oikeellisuuden vahvistamisen (*on varmistettava, on tarkistettava, on suljettava pois*) tai hoitopaikan (*on lähetettävä silmälääkärille*) osalta.

Direktiivisyyden ilmaisukeinot liittyvät oleellisesti finiittiverbin morfologiaan, mutta on olemassa myös finiittiverbittömiä rakenteita, jotka tulkitaan direktiiveiksi (VISK § 1675). Tällaisia on erityisesti aineistoni ilman *olla*-verbiä esiintyvät passiivin VA-partisiipit (TAVA-partisiipit), ja *Iso suomen kielioppi*

⁵ Kirjoitusasu alkuperäisen tekstin mukainen

(VISK § 1675) mainitseekin tämän käytön tyypilliseksi ohjeille ja resepteille. Aineistoni valossa finiitti-verbittömät direktiivit vaikuttavat ohjetekstiin kiteytyneiltä ilmaisutavoilta, ja ne liittyvät erityisesti toiminnan ohjaukseen (*harkittava, epäiltävä, tarkistettava, selvitettävä*), kuten esimerkissä 100. Esimerkissä toimintajärjestystä ohjaa myös ajan määre *myöhemmin*.

100) Myöhemmin **harkittava** ns. kallistuskoetta eli tilt-koetta [1.36]

Nesessiivirakenteessa predikaattina voivat verbimuotojen lisäksi toimia myös sellaiset *olla*-verbin ja substantiivin muodostamat sanaliitot kuin *on pakko, tarpeen, lupa, määrä, syytä ~ aiheita, aika* (VISK § 1581) sekä *olla*-verbin ja adjektiivipredikatiivin sisältävät sanaliitot kuin *on hyvä, turha(a), välttämätöntä, tarpeellista, aiheellista, suositeltavaa* (VISK § 1583). Adjektiivipredikatiiveista *on mahdollista* voidaan tulkita kontekstin perusteella dynaamiseksi tai deonttiseksi, muiden predikaattien ilmaiseva modaalisuus on deonttista (VISK § 1589).

Rakenteeseen kuuluu genetiivisubjekti, joka ei kuitenkaan ole pakollinen jäsen. Aineistossani ei esiinny lainkaan ilmisubjektia näissä nesessiivirakenteissa, vaan verbinetisellä paikalla on joko nominatiivimuodossa oleva verbikantainen substantiivi tai partitiivimuotoinen substantiivi, jonka tarkoite on sairaus tai oire. Teemapaikalla argumenttirakenteessa on siis yleisesti objekti, joka usein realisoituu kieliopillisena metaforana, ja toisinaan teemana oleva nominaalilauseke on hyvinkin runsas. Näissä modaalisisissa ilmauksissa on usein myös ilmauksen velvoittavuutta jollakin tavalla modifioiva aines, esimerkiksi ajan adverbiaali (*aina, useimmiten, tavallisesti*) tai modaaliverbi (*voi olla tarpeen*), kuten seuraavissa esimerkeissä.

101) Invasiivinen verenpaineen valvonta **on aina tarpeen**. [20.31]

102) **Jos** ennestään on tiedossa sydänsairaus, seuranta rytmihäiriöoperäisen synkopen varalta **on aiheellinen**. [1.36]

Esimerkissä 101 ajan adverbiaali *aina* painottaa nesessiivirakenteen velvoittavuutta eli valvonnan tarpeellisuutta, esimerkissä 102 taas seurannan aiheellisuutta rajaa etujäsenenä oleva konjunktiivinen adverbiaalilause, joka esittää tilanteen tulkinnan rajattuna eli antaa hallitsevan lauseen ilmaisemalle asiointilalle pätemisen kehykset (VISK § 1112, 1114).

Ehto- ja seurauslauseissa predikaatti on tässä indikatiivissa, jolloin ehto ja seuraus esitetään mahdollisesti toteutuvana (VISK § 1135) – tältä osin kyse voisi siis olla myös dynaamisesta modaalisuudesta (ulkoisista olosuhteista riippuva mahdollisuus). Tässä yhteydessä ehtolause kuitenkin viittaa potilastietoon (joko potilasasiakirjoihin tai potilaalta kysyttyihin esitetoihin) ja seurauslauseen nesessiivirakenne velvoittaa toimintaan ehtolauseen toteutuessa.

Seuraavissa esimerkeissä velvoittavuus on vielä tiukempaa.

103) Käyränäyttöllisen kapnografin käyttö **on pakollista** (elvytyksen aikana matalat arvot). [18.10]

104) Jos tarvitaan vain diagnostinen näyte eikä tyhjennystarve ole toistuva, puudutusneulan kautta voidaan aspiroida tarvittava määrä askitesta **eikä** dreeniä **ole välttämätöntä** asentaa. [18.87]

Esimerkissä 103 ohjailua ei lievennetä lainkaan, vaan toiminta esitetään pakollisena. Esimerkissä 104 kyse on jälleen ehto- ja seurauslauseista, mutta kielto muuttaa pakon merkitystä: vain tietyissä tilanteissa dreenin voi jättää asentamatta, muulloin se on välttämätöntä.

5. Päätelmät

Tässä luvussa tiivistän analyysini oleelliset tulokset ja esitän niiden perusteella päätelmiä. Asetin työni alussa itselleni seuraavat tutkimuskysymykset, joihin olen pyrkinyt työssäni vastaamaan:

1. Millaisia toistuvia rakenteellisia ja kielellisiä piirteitä on osoitettavissa tällaisesta tekstistä?
2. Millainen on oppaan tekstilaji?
3. Kuinka teksti tukee ja ohjaa lääketieteen ammattilaisen käytännön toimintaa *Akuuttihoito-oppaan* artikkeleissa?

Akuuttihoito-oppaan artikkeleista ei yleensä – lääkeartikkeleita lukuun ottamatta – ole osoitettavissa vakiomuotoista kokonaisrakennetta, mutta artikkelit rakentuvat asioiden tyyppillisen esittämisen järjestyksen varaan, ja tämä järjestys noudattelee kliinisen hoitotilanteen idealisoitua etenemistä. Mikäli tästä järjestyksestä poiketaan tekstissä, se on yleensä perusteltua kuvatus sairaustilan kriittisyyden tai odotustenvastaisen informaation antamisen kannalta.

Luetelmamuodon erityispiirteiden kautta olen tarkastellut sekä artikkelien tekstuaalisen koheesion muodostumista että kielellisiä käytäntöjä rakenteistetun tekstin taustalla. Tekstin koherenssi nojaa vahvasti otsikointiin ja tekniseen luetelmamuotoon – ei niinkään kielellisiin ilmenemismuotoihin – ja ilman täydentävää kontekstuaalista tietoa sen tulkitseminen koherentiksi on vaikeaa. Diskurssiyhteisön jäsen kuitenkin todennäköisesti tunnistaa tekstin sisäisen logiikan, ja tällainen rakenne mahdollistaa ekonomisen kirjoittamisen silloin, kun lukija jakaa riittävästi yhteistä tietoa kirjoittajan kanssa.

Kieliopillisen metaforan käsite on analyysini kannalta keskeinen. Se liittyy sekä tiedon välittämiseen *Akuuttihoito-oppaan* tekstien kaltaisessa tiiviissä ilmaisussa että diskurssiyhteisön tapaan käsitteistää ympäröivää todellisuutta kielellisten valintojen kautta. Kieliopillisten metaforien käyttö kytkeytyy oleellisesti lauseiden informaatorakenteeseen – siis siihen, mitä esitetään tunnettuna ja mitä uutena. Kieliopillinen metafora toimii kielellisenä resurssina, koska sen avulla voidaan teemapaikalla esittää runsaasti tutuksi oletettua tietoa ja samalla kuvata prosesseja ikään kuin itsestään tapahtuvina, henkilöistä irrallisina.

Toisaalta myös passiivin ja muiden yksipersonaisten rakenteiden käyttö vaikuttaa väistämättä kielipöydästä informaatiotekenteeseen, jolloin subjekti jää taka-alalle ja teemapäikalle nousee jokin muu argumentti.

Honkasen (2012a: 2) mukaan ohjailukeinojen tutkimuksessa on aiemmin painottunut kaksi suuntaa: kirjoitetun tekstin tutkimuksessa valtasuhteet ja ohjailun lieventäminen selittävät ohjailukeinojen valintaa, keskustelututkimuksessa taas toteuttamisen varmuus, odotuksenmukaisuus tai kuormittavuus.

Oman aineistoni perusteella en tulkitse kumpaakaan näistä *Akuuttihoito-oppaassa* ensisijaiseksi, vaan keinojen valinta selittyy ohjeiden taustalla vaikuttavan tieteellisen tiedon ja kirjoittajan siihen suhteuttaman oman käytännön kokemuksensa yhteisvaikutuksesta. Kirjoittaja poimii tieteellisestä tiedosta oman ymmärryksensä ja käytännön kokemuksensa perusteella relevantiksi katsomansa osan ja sen jälkeen asettaa tiedon kielellisten ohjailukeinojen avulla joko harkittavaksi tai toimintaan velvoittavaksi.

Olen nimittänyt työssäni ohjailun keinojen kahtalaisuutta harkintaan ohjaamiseksi ja toimintaan ohjaamiseksi. Nämä heijastavat lääkärin työn kahta näkökulmaa, tieteellistä tutkimusta ja käytännön kliinistä työtä. Olen lukenut dynaamisen modaalisuuden ensimmäiseen ryhmään, koska olosuhteiden tai tilanteiden vaihtelu on yhteisön velvoittavuuden ulkopuolella ja kuuluu siksi tieteessä tapahtuvaan mahdollisuuksien ennustamiseen esimerkiksi erilaisten todennäköisyyksien avulla. Dynaamisen modaalisuuden kautta tuodaan ilmi tiedon varmuutta tai epävarmuutta silloinkin, kun se ei varsinaisesti riipu aktiivisista tekijöistä.

Modaalisuuden eri lajien suhteen vallitsee selvä työnjako ainakin modaaliverbien osalta: suurin osa dynaamisesta ja episteemisestä modaalisuudesta viittaa mahdollisuuteen pikemmin kuin varmuuteen, ja välttämättömyyttä ilmaiseva deonttisuus on huomattavasti yleisempää kuin luvallisuutta ilmaiseva. Toisaalta oppaassa annettu tieto legitimoidaan tietyn kielellisin keinoin, kuten deonttisen modaalisuuden avulla sekä käyttämällä lähes säännönmukaisesti indikaatiivia, ja lukijaa veloitetaan toisinaan melko voimakkaastikin. Nesessiivisiä modaalirakenteita käytetään erityisesti ilmaisemaan kliinisen työn normeja, ja tällainen käyttö viittaa lääkärin työn institutionaaliseen luonteeseen (Vihla 1999: 3).

Teoreettisen kehitykseni mukaan tekstilajin määritelmä liittyy olennaisesti diskurssiyhteisön käsitteeseen. Olen analyysissani osoittanut, että lääkärit muodostavat Swalesin (1990: 21–32) määritelmän mukaisen diskurssiyhteisön ja että *Akuuttihoito-oppaan* artikkelit toteuttavat tässä diskurssiyhteisössä vakiintunutta kommunikatiivista tavoitetta: ne poimivat lääketieteellisestä tutkimuksesta potilaan hoidon kannalta oleellisen tiedon ja siirtävät ne kliinisessä työssä hallittavissa olevaan muotoon. Tekstien tarkoituksena on myös pyrkiä vaikuttamaan käytännön työhön yhtenäistämällä hoitokäytäntöjä ja standardoimalla hyvän hoidon periaatteita.

Kantavana ajatuksenani on ollut osoittaa, miten tieteellinen tieto ikään kuin leijuu *Akuuttihoito-oppaan* tekstien taustalla ja suodattuu käytännön toiminnaksi luettelamuotoon rakennettujen ohjailevien tekstien kautta. Tekstiin päätyy tieteellisestä tiedosta vain kulloinkin olennainen, käyttökontekstin aktivoima sisältö, mutta samalla lukijalla oletetaan olevan valtavasti taustatietoa potilaan hoidosta, elinjärjestelmien toiminnasta ja ylipäänsä lääketieteestä, jotta ohjeet olisivat käyttökelpoisia. Opastekstin ja lääketieteellisen tiedon välillä onkin vahvaa intertekstuaalisuutta, joka edellyttää lukijalta taustatietoa ja tulkintojen tekemistä.

Luettelmat ovat poimintoja tieteellisestä tiedosta, sen fragmentteja. ”Tieteellisestä tiedosta” (oletetaan, että tällainen entiteetti olisi olemassa) ikään kuin nostetaan tietyt tärkeät havainnot, irrotetaan ne alkuperäisestä tekstiyhteydestään ja sijoitetaan ne uuteen tekstiin, jolla on eri käyttötarkoitus ja -tilanne kuin alkuperäisellä tekstillä. Oppaan tehtävänä ei ole opettaa lääkäriä diagnosoimaan sairauksia tai hoitamaan potilaita, vaan tekstit toimivat kontekstuaalisen tiedon varassa ikään kuin muistilistoina, muistuttavat mieleen pääkohdat jo hallussa olevasta tiedosta.

Toisaalta luettelamuoto vahvistaa tekstilajin ideologista merkitystä ja representaation tapaa diskurssiyhteisössä. Poimintoja ei varsinaisesti taustoiteta lainkaan, ja niiden perustelutkin ovat harvassa. Tekstin koherenssi on kyllä hahmotettavissa diskurssiyhteisön yhteiseksi oletetun täydentävän tiedon varassa, mutta eksplisiittisesti koheesiokeinoja käytetään vähän. Oikeastaan lääketieteellinen tieto on se, joka teksteissä toimii tai jonka varassa toimitaan. Kun sekä lääkäri että potilas häivytetään taustalle, toiminta esitetään passiivissa ja murretaan luettelamuodolla selvärajaisiksi prosesseiksi, luodaan tekstissä näennäisen objektiivinen kuva hoidon etenemisestä.

6. Pohdinta

Tutkimuksessani on ollut haasteena se, ettei *Akuuttihoito-oppaan* artikkelien kaltaisista, ammatilliselta ammattiselle kirjoitetuista ohjailevista teksteistä ole juurikaan julkaistu muuta tutkimusta. Tekstilajin ulkoisesti näkyvin piirre eli kauttaaltaan luettelamuotoisuus on niin ikään melko vähän kielitieteelliseltä kannalta tutkittu alue, myös kansainvälisesti. Vaikka luettelamuotoisten tekstien vastaanottoa onkin tutkittu osana näyttöön perustuvan lääketieteen suuntausta, näiden kyselytutkimusten anti kielitieteelliseltä kannalta ei ole ollut kovinkaan runsas – useimmissa tutkimuksissa todetaan, että kielellinen muotoilu on suositusten käyttöönoton ja noudattamisen kannalta merkittävä asia, mutta sitä, mitä se tarkoittaa kielen tai tekstin muodon kannalta, ei ole kovinkaan pitkälle analysoitu.

Päädyin havainnollistamaan tekstilajia erilaisten kielellisten piirteiden kautta, mikä kuitenkin väistämättä johtaa tutkimuksen hajanaisuuteen sekä teoreettisiin ja metodologisiin vaikeuksiin verrat-

tuna siihen, että tutkisi yhtä, rajattua ilmiötä. Toivon kuitenkin, että alustavan analyysini ja siihen liittyvien pohdintojen kautta tutkimukseni lisää ymmärrystä sekä kielellisen ohjailun keinoista että kartuttaa tekstilajitutkimuksen kirjoa.

Tutkimukseni avaa myös mielenkiintoisia alueita jatkotutkimukselle. Modaalisuuden suhteen voisi syventyä tarkemmin systeemis-funktionaalisen teorian mukaiseen jaksoanalyysiin tarkastellakseen, missä yhteydessä ja osana millaisia funktionaalisia osia eri modaalisuuden muodot – harkintaan ohjaava ja toimintaan ohjaava – esiintyvät. Tekstissä esitettyjen varausten tarkemman analyysin kautta olisi mahdollista päästä paremmin kiinni tekstin vuorovaikutukselliseen tehtävään ja interpersoonaiseen funktioon.

Toisaalta myös tämänkaltaisten direktiivis-professionaalisten tekstien tarkastelu suhteessa muuhun akateemiseen kirjoittamiseen voisi auttaa ymmärtämään sekä modaalisuuden keinojen erilaista jakautumista tekstilajeissa että kielentämisen tapoja, joilla tieteellistä tietoa suodatetaan ohjailvaksi tekstiksi.

Tämän tutkimuksen ulkopuolelle jäi sekin, kuinka diskurssiyhteisön jäsenet itse kokevat tekstilajin soveltuvuuden kommunikatiiviseen tehtäväänsä ja miten se käytännössä vaikuttaa kliniseen työhön. Jos tekstien tehtävänä on toimia työn apuna ja ohjata käytännön toimintaa, olisi oleellista myös tietää, toimivatko opastekstit tässä tarkoituksessa ja jos eivät, niin miten ohjailu tulisi kielentää, jotta se hyödyttäisi parhaiten oppaan käyttäjiä. En tiedä, että ohjeiden rakentumista ja ohjailun keinoja suomenkielisissä teksteissä olisi aiemmin tutkittu kielitieteelliseltä kannalta näin kriittisessä aiheessa. Ohjeiden toimivuudella tai toimimattomuudella voi kuitenkin olla seurauksia oikeassa maailmassa, parhaassa tapauksessa ne parantavat potilaan hoitoa ja helpottavat lääkärin työtä aikapaineessa, pahimmillaan voivat johtaa jonkun kuolemaan.

Tällaisilla rajatuille yleisöille tarkoitetuilla tekstilajeilla on myös yhteiskunnalliset ulottuvuutensa. Systeemis-funktionaalisen teorian mukaan ei ole ideologiatonta kieltä: kieli ei heijasta todellisuutta vaan luo sitä, ja kielenkäytössä ideologiat ilmenevät kielellisinä valintoina. Ideologia näkyy myös tekstilajissa, esimerkiksi siinä, miten ne asemoivat yleisönsä, millaisia representaatioita niillä luodaan ja keillä niihin on pääsy. (Heikkinen 2012: 117–119.)

Ideologiselta kannalta tekstilajin eksklusiivisuus voidaan nähdä myös ongelmallisena. Kielellisillä valinnoilla luotu kuva terveydestä ja sairaudesta sekä diskurssiin luonnollistunut puhetapa potilaan ja lääkärin rooleista voivat vaikuttaa myös yhteiskunnallisella tasolla, niin osallistumismahdollisuuksien rajaamisen kautta kuin esimerkiksi hyväksytyjen hoitojen saavutettavuuden ja kustannusvaikutusten jakautumisen kannalta. Lisäksi lääkäreiden työssään käyttämät ohjeet vaikuttavat potilaiden saamaan hoitoon ja esimerkiksi mahdollisessa virhetilanteessa myös potilaalle myönnettäviin korvauksiin.

7. Lähteet

- ATTILA, EEVA 2017: Tässä gradussa tutkitaan ei-modaalista indikatiivia säädöskielessä. Modaaliainesta vailla olevan indikatiivin tehtävät lakitekstissä. Pro gradu -tutkielma. Helsinki: Helsingin yliopiston suomen kielen, suomalais-ugrilaisten ja pohjoismaisten kielten ja kirjallisuuksien laitos.
- ANSPACH, RENEE 1988: Notes on the sociology of medical discourse: the language of case presentation. – *Journal of Health and Social Behavior* 29 s. 357–375.
- ATKINSON, PAUL 1995: *Medical talk and medical work. The liturgy of the clinic*. London: Sage Publications.
- 1999: Medical discourse, evidentiality and the construction of professional responsibility. Teoksessa Srikant Sarangi – Celia Roberts (toim.) *Talk, work and institutional order: discourse in medical, mediation and management settings* s. 75–107. Language, power and social process 1. Berlin: Mouton de Gruyter.
- BHATIA, VIJAY KUMAR 1993: *Analysing genre: language use in professional settings*. London: Longman.
- 2004: *Worlds of written discourse: a genre-based view*. London: Continuum.
- CICOUREL, AARON 1999: The interaction of cognitive and cultural models in health care delivery. Teoksessa Srikant Sarangi – Celia Roberts (toim.) *Talk, work and institutional order: discourse in medical, mediation and management settings* s. 183–224. Language, power and social process 1. Berlin: Mouton de Gruyter.
- COCHRANE YM. = COCHRANE LORNA J. – CURTIS A. OLSON – SUZANNE MURRAY – MARTIN DUPUIS – TRICIA TOOMAN – SEAN HAYES 2007: Gaps between knowing and doing: understanding and assessing the barriers to optimal health care. – *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 27, s. 94–102.
- COOK-GUMPERZ, JENNY – LAWRENCE MESSERMAN 1999: Local identities and institutional practices: constructing the record of professional collaboration. Teoksessa Srikant Sarangi – Celia Roberts (toim.) *Talk, work and institutional order: discourse in medical, mediation and management settings* s. 145–181. Language, power and social process 1. Berlin: Mouton de Gruyter.
- DEVITT, AMY J. 2004: *Writing Genres*. Carbondale: Southern Illinois University Press.
- DIJK, TEUN A. VAN 1997: The study of discourse. Teoksessa Teun A. van Dijk (toim.) *Discourse as structure and process. Discourse studies: a multidisciplinary introduction. Volume 1*. s. 1–34. London: SAGE.

- ERICKSON, FREDERICK 1999: Appropriation of voice and presentation of self as a fellow physician: aspects of a discourse of apprenticeship in medicine. Teoksessa Srikant Sarangi – Celia Roberts (toim.) *Talk, work and institutional order: discourse in medical, mediation and management settings* s. 109–143. Language, power and social process 1. Berlin: Mouton de Gruyter.
- FLEISCHMAN, SUZANNE 1999: I am..., I have..., I suffer from...: a linguist reflects on the language of illness and disease. – *Journal of Medical Humanities and Cultural Studies* 20 s. 3–32.
- — — 2001: Language and medicine. Teoksessa: Deborah Schiffrin, Deborah Tannen, Heidi Hamilton (toim.) *The handbook of discourse analysis* s. 470–502. Malden: Blackwell Publishing.
- FLINT, AILI 1980: *Semantic structure in the Finnish lexicon: verbs of possibility and sufficiency*. Helsinki: SKS.
- GOTTI, MAURIZIO – FRANÇOISE SALAGER-MEYER (toim.) 2006: *Advances in medical discourse analysis – oral and written contexts*. Bern: Peter Lang.
- GUPTA YM. = GUPTA, SAMIR – NAVJOT RAI – ONIL BHATTACHARYA – ALICE Y. Y. CHENG – KIM A. CONNELLY – LOUIS-PHILIPPE BOULET – ALAN KAPLAN – MELISSA C. BROUWERS – MONIKA KASTNER 2016: Optimizing the language and format of guidelines to improve guideline uptake. – *Canadian Medical Association journal* 188, s. E362–E368. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5047836/>.
- HAAKANA, MARKKU 1999: Laughing matters: a conversation analytical study of laughter in doctor-patient interaction. Painamaton väitöskirja. Helsinki: University of Helsinki, Department of Finnish Language.
- HAKULINEN, AULI – KARTTUNEN, LAURI 2001 [1973]: Kadonneet henkilöt: suomen kielen geneerisistä lauseista. Teoksessa Lea Laitinen – Pirkko Nuolijärvi – Marja-Leena Sorjonen – Maria Vilkuna (toim.) *Lukemisto: kirjoituksia kolmelta vuosikymmeneltä* s. 13–28. Suomentanut Maria Vilkuna. SKST 816. Helsinki: SKS.
- HALLIDAY, MICHAEL ALEXANDER KIRKWOOD 1978: *Language as social semiotic: the social interpretation of language and meaning*. London: Arnold.
- — — 1985: *An Introduction to Functional Grammar*. London: Arnold.
- HEIKKINEN, VESA 2009: Johdanto. Teoksessa Vesa Heikkinen (toim.) *Kielen piirteet ja tekstilajit: vaikuttavia valintoja tekstistä toiseen* s. 7–36. Tietolipas 229 & Kotimaisten kielten tutkimuskeskuksen julkaisu 157. Helsinki: SKS.

- — — 2012: Ideologia. Teoksessa Vesa Heikkinen – Eero Voutilainen – Petri Lauerma – Ulla Tiililä – Mikko Lounela (toim.) *Genreanalyysi – tekstilajitutkimuksen käsikirja* s. 112–119. Kotimaisten kielten keskuksen julkaisuja 169. Helsinki: Gaudeamus.
- HEIKKINEN, VESA – PIRJO HIIDENMAA – ULLA TIILILÄ 2000: Lukijoille. Teoksessa Vesa Heikkinen – Pirjo Hiidenmaa – Ulla Tiililä *Teksti työnä, virka kielenä* s. 9–18. Helsinki: Gaudeamus.
- HEIKKINEN, VESA – PETRI LAUERMA – ULLA TIILILÄ 2012: Intertekstuaalisuus. Teoksessa Vesa Heikkinen – Eero Voutilainen – Petri Lauerma – Ulla Tiililä – Mikko Lounela (toim.) *Genreanalyysi – tekstilajitutkimuksen käsikirja* s. 100–111. Kotimaisten kielten keskuksen julkaisuja 169. Helsinki: Gaudeamus.
- HEIKKINEN, VESA – EERO VOUTILAINEN 2012: Genre – monitieteinen näkökulma. Teoksessa Vesa Heikkinen – Eero Voutilainen – Petri Lauerma – Ulla Tiililä – Mikko Lounela (toim.) *Genreanalyysi – tekstilajitutkimuksen käsikirja* s. 17–47. Kotimaisten kielten keskuksen julkaisuja 169. Helsinki: Gaudeamus.
- HELASVUO, MARJA-LIISA 2006: Passive – personal or impersonal? A Finnish perspective. Lyle Campbell – Marja--Liisa Helasvuo (toim.) *Grammar from the human perspective: case, space and person in Finnish* s. 232–255. Amsterdam: Benjamins.
- HELASVUO, MARJA-LIISA – LEA LAITINEN 2006: Person in Finnish: paradigmatic and syntagmatic relations in interaction. Lyle Campbell – Marja--Liisa Helasvuo (toim.) *Grammar from the human perspective: case, space and person in Finnish* s. 173–207. Amsterdam: Benjamins.
- HERITAGE, JOHN – DOUGLAS W. MAYNARD (toim.) 2006: *Communication in medical care: interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge: Cambridge University Press.
- HONKANEN, SUVI 2012a: *Kielioppi ja tekstilaji: direktiivin muotoilusta viraston ryhmäkirjeissä*. Väitöksenalkajaisesityelmä Helsingin yliopistossa 16. maaliskuuta 2012. – *Virittäjä* 116(2), verkkoliite.
- — — 2012b: *Kielioppi ja tekstilaji: direktiivin muotoilusta viraston ryhmäkirjeissä*. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopiston suomen kielen, suomalais-ugrilaisten ja pohjoismaisten kielten ja kirjallisuuksien laitos.
- IEDEMA, RICK (toim.) 2007: *The discourse of hospital communication: tracing complexities in contemporary health care organizations*. Palgrave Studies in Professional and Organizational Discourse. New York: Palgrave Macmillan.
- KALLIOKOSKI, JYRKI 2005: Referointi ja moniäänisyys kielenkäytön ilmiöinä. Teoksessa Markku Haakana – Jyrki Kalliokoski (toim.) *Referointi ja moniäänisyys* s. 9–42. Helsinki: SKS.

- — — 2006: Tekstilajin taju ja toisella kielellä kirjoittaminen. Teoksessa Anne Mäntynen – Susanna Shore – Anna Solin (toim.) *Genre – tekstilaji* s. 240–265. Tietolipas 213. Helsinki: SKS.
- KANGASNIEMI, HEIKKI 1992: *Modal expressions in Finnish*. Helsinki: SKS.
- KARVONEN, PIRJO 1991: Kieliopillinen metafora ja sen vaikutukset kielessä. Teoksessa Susanna Shore – Tapani Lehtinen (toim.) *Kieli, valta ja eriarvoisuus* s. 149–165. Kieli 6. Helsingin yliopiston suomen kielen laitos.
- — — 1995: Oppikirjateksti toimintana. SKST 632. Helsinki: SKS.
- — — 1996: Missä on taloustekstin ihminen? Teoksessa Jyrki Kalliokoski (toim.) *Teksti ja ideologia: kieli ja valta julkisessa kielenkäytössä* s. 151–167. Kieli 9. Helsinki: Helsingin yliopiston suomen kielen laitos.
- KNIIVILÄ, SONJA – SARI LINDBLOM-YLÄNNE – ANNE MÄNTYNEEN 2007: *Tiede ja teksti: tehoa ja taitoa tutkielman kirjoittamiseen*. Helsinki: WSOY oppimateriaalit.
- KORPELA, EVELIINA 2007: *Oireista puhuminen lääkärin vastaanotolla: keskusteluanalyttinen tutkimus lääkärin kysymyksistä*. SKST 1111. Helsinki: SKS.
- KOSKELA, MERJA 1997: Inference in science and popular science. Teoksessa Anna Duszak (toim.) *Culture and styles of academic discourse* s. 343–355. Berlin: Mouton de Gruyter.
- KOSKELA MERJA – HELI KATAJAMÄKI 2012: Ammattikielisten tekstien tutkimisesta – esimerkkinä tilintarkastuskertomus. Teoksessa Vesa Heikkinen – Eero Voutilainen – Petri Lauerma – Ulla Tiirilä – Mikko Lounela (toim.) *Genreanalyysi – tekstilajitutkimuksen käytäntöä*, s. 455–473. Kotimaisten kielten keskuksen verkkojulkaisuja 29. Helsinki: Kotimaisten kielten keskus. Saatavissa: <http://scripta.kotus.fi/www/verkkojulkaisut/julk29/>.
- KRESS, GUNTHER – THEO VAN LEEUWEN 2006: *Reading images: the grammar of visual design*. 2. painos. London: Routledge.
- LAITINEN, LEA 1992: *Välttämättömyys ja persoona: suomen murteiden nesessiivisten rakenteiden semantiikkaa ja kielioppia*. SKST 569. Helsinki: SKS.
- — — 1993: Nesessiivirakenne, kieliopillistuminen ja subjektiivisuus. – *Virittäjä* 97 s. 149–70. Helsinki: Kotikielen seura.
- — — 1995: Nollapersoona. – *Virittäjä* 99 s. 337–358. Helsinki: Kotikielen seura.
- LAURANTO, YRJÖ 2013: Suomen kielen imperatiivi – yksi paradigma, kaksi systeemiä [The imperative in Finnish – one paradigm, two systems]. – *Virittäjä* 117 s. 156–200.

- — — 2015: *Direktiivisyyden rajoja: suomen kielen vaihtokauppasyntaksia*. Väitöskirja. Helsingin yliopiston suomen kielen, suomalais-ugrilaisten ja pohjoismaisten kielten ja kirjallisuuksien laitos.
- LEDIN, PER 2015: Listans och tabellens semiotik. – *Sakprosa* 7, s. 1–25. Noudettu osoitteesta <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:oru:diva-42626>
- LEDIN, PER – DAVID MACHIN 2015: How lists, bullet points and tables recontextualize social practice. – *Critical Discourse Studies* 12 s. 463–481.
- — — 2016: A discourse-design approach to multimodality: the visual communication of neoliberal management discourse. – *Social Semiotics* 26 s. 1–18.
- LUUKKA, MINNA-RIITTA 1992: *Akateemista metadiskurssia: tieteellisten tekstien tekstuaalisia, interpersonaalisia ja kontekstuaalisia piirteitä*. Korkeakoulujen kielikeskuksen julkaisuja 46. Jyväskylä: Korkeakoulujen kielikeskus.
- MARTIN, JAMES R. – PETER R. R. WHITE 2005: *The language of evaluation: appraisal in English*. New York: Palgrave Macmillan.
- MAURANEN, ANNA 2006: Genre, käänös ja korpus: elämäntaito-oppaat tarkastelussa. Teoksessa Anne Mäntynen – Susanna Shore – Anna Solin (toim.) *Genre – tekstilaji* s. 214–239. Tietolipas 213. Helsinki: SKS.
- MIKKONEN, INKA 2010: *”Olen sitä mieltä, että...” Lukiolaisten yleisönosastotekstien rakenne ja argumentointi*. Väitöskirja. Jyväskylä studies in humanities 135. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- MURAWSKA, MAGDALENA 2010a: Figures, grounds and containers. Patient presentation in medical case reports. – *Miscelanea: A Journal of English and American Studies* 41 s. 77–91.
- — — 2010b: Impersonality in medical case reports. Teoksessa Enrique Lafuente-Millan, Pilar MurDuenas, Rosa Lores Sanz (toim.) *Constructing interpersonality: multiple perspectives on written academic genres* s. 311–324. Newcastle: Cambridge Scholars Publishing.
- — — 2013: Incommensurability of discourses in professional medical communication. – *Explorations: A Journal of Language and Literature* 1 s. 26–49.
- MÄNTYNEN, ANNE 2003: *Miten kielestä kerrotaan: kielijuttujen retoriikkaa*. SKST 926. Helsinki: SKS.
- PASTERNAK, IRIS 2007: Hoitosuosituksen kieli: lääketieteen tulosten tulkinta ja käytettävyys. *Puhe ja kieli* 27 s. 55–63.
- PEKKARINEN, HELI 2011: *Monikasvoinen TAVA-partisiippi. Tutkimus suomen TAVA-partisiipin käyttökonteksteista ja verbiliittojen kielipiillistumisesta*. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, suomen kieli.

- PERÄKYLÄ, ANSSI 1998: Authority and accountability: the delivery of diagnosis in primary health care. – *Social Psychology Quarterly* 61 s. 301–320.
- 2002: Agency and authority: extended responses to diagnostic statements in primary care encounters. – *Research on Language and Social Interaction* 35 s. 219–247.
- RAEVAARA, LIISA 2000: *Potilaan diagnoosiehdotukset lääkärin vastaanotolla*. Keskusteluanalyttinen tutkimus potilaan institutionaalisista tehtävistä. SKST 791. Helsinki: SKS.
- RUUSUVUORI, JOHANNA 2000: *Control in medical consultation: practices of giving and receiving the reason for the visit in primary health care*. Tampere: Tampereen yliopiston sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos.
- REVITZER, ANNA 2016: ”Näe liika tavara samanlaisena epäterveellisenä painolastina kuin ylipaino” – Raivausoppaiden eksplisiittinen ja implisiittinen direktiivisyys. Pro gradu -tutkielma. Helsinki: Helsingin yliopiston suomen kielen, suomalais-ugrilaisten ja pohjoismaisten kielten ja kirjallisuksien laitos.
- SALAGER-MEYER, FRANCOISE 1994: Hedges and textual communicative function in medical English written discourse. – *English for Specific Purposes* 13 s. 149–170.
- SALANGER YM. = SALAGER-MEYER, FRANCOISE – MARIA ANGELES ALCARAZ ARIZA – MARYELIS PABO – NAHIRANA ZAMBRANO 2006: Paying one’s intellectual debt acknowledgments in scientific conventional and complementary/alternative medical research. Teoksessa Maurizio Gotti – Françoise Salager-Meyer (toim.) *Advances in medical discourse analysis – oral and written contexts* s. 407–430. Bern: Peter Lang.
- SALMI-TOLONEN, TARJA 1992: Episteeminen modaliteetti tieteellisissä teksteissä. – *Virittäjä* 96, s. 380–402. Helsinki: Kotikielen seura.
- SHORE, SUSANNA 1986: *Onko suomessa passiivia*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- 2012a: Kieli, kielenkäyttö ja kielenkäytön lajit systeemis-funktionaalisessa teoriassa. Teoksessa Vesa Heikkinen – Eero Voutilainen – Petri Lauerma – Ulla Tiirilä – Mikko Lounela (toim.) *Genre-analyysi – Tekstilajitutkimuksen käsikirja* s. 131–157. Helsinki: Gaudeamus.
- 2012b: Systeemis-funktionaalinen teoria tekstien tutkimisessa. Teoksessa Vesa Heikkinen – Eero Voutilainen – Petri Lauerma – Ulla Tiirilä – Mikko Lounela (toim.) *Genreanalyysi – Tekstilajitutkimuksen käsikirja* s. 158–185. Helsinki: Gaudeamus.
- SHORE, SUSANNA – ANNE MÄNTYNEN 2006: Johdanto. Teoksessa Anne Mäntynen – Susanna Shore – Anna Solin (toim.) *Genre – tekstilaji* s. 9–41. Tietolipas 213. Helsinki: SKS.

- SOLIN, ANNA 2012: Kriittinen diskurssintutkimus. Teoksessa Vesa Heikkinen – Eero Voutilainen – Petri Lauerma – Ulla Tiirilä – Mikko Lounela (toim.) *Genreanalyysi – tekstilajitutkimuksen käsikirja* s. 131–157. Kotimaisten kielten keskuksen julkaisu 169. Helsinki: Gaudeamus.
- SORJONEN, MARJA-LEENA 2001: Lääkärin ohjeet. Teoksessa Marja-Leena Sorjonen – Anssi Peräkylä – Kari Eskola (toim.) *Keskustelu lääkärin vastaanotolla* s. 89–111. Tampere: Vastapaino.
- SKS = Suomalaisen Kirjallisuuden Seura
- SKST = Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran Toimituksia
- SWALES, JOHN 1990: *Genre analysis: English in academic and research settings*. Cambridge: Cambridge University Press.
- — — 2004: *Research genres: explorations and applications*. New York: Cambridge University Press.
- SÄÄSKILAHTE, MINNA 2006: *Vapise, kuningas alkoholi. Alkoholivalistuksen tekstilaji ja sen muuttuminen vuosien 1755 ja 2001 välisenä aikana*. Väitöskirja. Oulun yliopisto, suomen kieli.
- — — 2009: Nesessiivirakenteet alkoholivalistusteksteissä. Teoksessa Vesa Heikkinen (toim.) *Kielen piirteet ja tekstilajit: vaikuttavia valintoja tekstistä toiseen* s. 170–190. Tietolipas 229 & Kotimaisten kielten tutkimuskeskuksen julkaisu 157. Helsinki: SKS.
- TIIRILÄ, ULLA 2007: *Tekstit viraston työssä: tutkimus etuuspäätösten kielestä ja konteksteista*. SKST 1108. Helsinki: SKS.
- VEHKAKOSKI, TANJA 2000: *Vammainen lapsi ammatti-ihmisten asiakirjoissa: diskurssianalyttinen tutkimus lausuntojen kielenkäytöstä*. Research reports 71. Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston erityispedagogiikan laitos.
- — — 2006: *Leimattu lapsuus? Vammaisuuden rakentuminen ammatti-ihmisten puheessa ja teksteissä*. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 297. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- VIHLA, MINNA 1999: *Medical writing: modality in focus*. Language and computers: studies in practical linguistics 28. Amsterdam - Atlanta GA: Rodopi.
- VIINIKKA, JENNI 2011: Kuoleman kielissä. Pro gradu -tutkielma. Helsinki: Helsingin yliopiston suomen kielen laitos.
- VIRTANEN, MIKKO T. 2015: Akateeminen kirja-arvio moniäänisenä toimintana. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopiston suomen kielen, suomalais-ugrilaisen ja pohjoismaisten kielten ja kirjallisuuden laitos.

- VISK = AULI HAKULINEN – MARIA VILKUNA – RIITTA KORHONEN – VESA KOIVISTO – TARJA RIITTA HEINONEN – IRJA ALHO 2004: *Iso suomen kielioppi*. Helsinki: SKS. Verkkoversio, viitattu 25.4.2019. Saatavissa: <http://scripta.kotus.fi/visk>
- WODAK, RUTH 1997: Critical discourse analysis and the study of doctor-patient interaction. Teoksessa Britt-Louise Gunnarson – Per Linell – Bengt Nordberg (toim.) *The construction of professional discourse* s. 173–200. London: Longman.
- ÖSTMAN, JAN-OLA 2005: Construction discourse – a prolegomenon. Teoksessa Jan-Ola Östman ja Mirjam Fried (toim.) *Construction Grammars: Cognitive grounding and theoretical extensions* s. 121–144. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.

Liite. Esimerkki *Akuuttihoito-oppaan* artikkelista painetussa kirjassa

3. KARDIOLOGIA

3

- Taustalla on usein jokin sydäntauti, mutta 3–5 kammiohyökkönnin sarja voi esiintyä harvinaisena terveelläänkin.
- Tihentynyt kammiorytmi (70–120/min)
 - * on yleinen ensimmäisen vuorokauden aikana sydäninfarktin alusta (ks. 3.28) ja on yleensä merkki sepelvaltimon virtauksen palautumisesta (reperfuusiosta)
 - * ei ennakoivakavaa rytmihäiriötä.
- Oleellista on ratkaista, onko sydäntaudin tila muuttumassa, jolloin rytmihäiriötkin voivat nopeasti pahentua. Akuuteissa sairauksissa lyhytkestoinen kammiotakykardia voi ennakoivpitkäkestoista kammiotakykardiaa tai kammiövärinää.
- Kun sydäntauti on vakaa, vaarallisen rytmihäiriön välitön riski on pieni.

Hoito

- Rytmia tarkkaillaan ja poikkeavuudet taltioidaan diagnostiikkaa varten (12-kytkentäinen EKG ja telemetria).
- Sydänlihaksen iskemia ja hypokalemia tulee korjata ensi tilassa.
- Antiarytmien lääkytys aloitetaan, jos vakavan rytmihäiriön vaara on lisätekiöiden takia suuri. Näitä ovat mm.
 - * vastikään esiintynyt pitkäkestoinen kammiotakykardia tai kammiövärinä
 - * synkopee sairaalaan tulon syynä.
- Hoitona annetaan lidokaiinia ja beetasalpaajaa, jälkimmäistä varsinkin sepelvaltimotaudissa.
- Jos nämä eivät tehoa, voidaan käyttää
 - * sotalolia
 - * amiodaronia, kun potilaalla on vaikea sydänsairaus.

3.48 Proarytmia eli lääkkeen aiheuttama rytmihäiriö

Pekka Raatikainen

- Proarytmialla tarkoitetaan olemassa olevan rytmihäiriön vaikeutumista tai uuden rytmihäiriön ilmaantumista lääkityksen vaikutuksesta.
 - * Esiintyvyys riippuu m.m. lääkeannoksesta ja taustalla olevasta rakenteellisesta sydänvasta.
 - * Tavalliset ilmentymät, aiheuttajat ja altistavat tekijät, ks. taulukko 3.48.
- Proarytmia on luonteeltaan hengen-vaarallinen ja sen mahdollisuus on pidettävä aina mielessä rytmihäiriötä hoidettaessa.

Diagnoosi

- Epäily proarytmiaista syntyy, kun lääkkeen käytön aikana esiintyy vakavampi rytmihäiriö kuin ennen käyttöä.
- Ryhmien IA ja III lääkkeiden aiheuttama kääntyvien kärkien kammiotakykardia on helposti tunnistettavissa EKG:stä, ks. 3.46.
 - * Perusrytmissä korjattu QT-aika on usein yli 0,50 sekuntia ja U-aalto on korostunut.
- Ryhmän IC lääkkeiden aiheuttamassa kammiotakykardiassa
 - * QRS-heilahdus on hyvin leveä ja amplitudiltaan matala
 - * perusrytmissä QRS on usein levennyt
 - * QT_c-aika on normaali tai lievästi pidentynyt QRS:n levenemisen vuoksi.

3.48

– Ryhmän IA tai IC lääkkeen aiheuttama 1:1 eteislepatus voi olla vaikea erottaa kammiotakykardiasta.

* QRS-heilahdus on leveä ja kammiotajuus erittäin nopea (200–250/min).

* Harkinnan mukaan vagusärsytystä tai adenosiniä voi käyttää diagnostisena apuna.

3

Taulukko 3.48. Proarytmian tavalliset ilmentymät, aiheuttajat ja altistavat tekijät.

Ilmentymät	Aiheuttajat
Kääntyvien kärkien kammiotakykardia	Useimmiten ryhmän IA ja III rytmihäiriölääke Muu QT-aikaa pidentävä lääke (mm. eräät psykeenlääkkeet, mikrobilääkkeet ja antihistamiinit) ks. www.longqt.org .
Yhdenmuotoinen ja vallitseva (incessant) kammiotakykardia	Tavallisin aiheuttaja on ryhmän IC lääke
Kammiovärinä	Mikä tahansa ryhmän I tai III rytmihäiriölääke
Eteisvärinän tai eteislepatuksen kammiotajuuden nopeutuminen	Tyypillisesti joko ryhmän IA tai IC rytmihäiriölääke. 1:1 eteislepatusta esiintyy myös rakenteellisesti terveessä sydämessä
Altistavat tekijät	
Kääntyvien kärkien kammiotakykardia	Synnynnäinen pitkä QT -oireyhtymä (ks. 3.46) Elektrolyyttihäiriö (hypokalemia, hypomagnesemia) Sydämen vajaatoiminta Pidentynyt QT-aika Usean QT-aikaan vaikuttavan lääkkeen yhtäaikainen käyttö Lääkeaineinteraktiot Bradykardia Naissukupuoli Esiintyy myös normaalissa sydämessä
Muut kammioperäiset proarytmiat	Rakenteellinen sydänsairaus (aiempi sydäninfarkti, sydämen vajaatoiminta, vasemman kammion hypertrofia) Iskemia Elektrolyyttihäiriöt Lääkeaineinteraktiot Tavataan käytännössä vain vaikeissa sydänsairauksissa

3. KARDIOLOGIA

3

Hoito

– Potilas kuuluu aina sairaalaseurantaan.

* Jatkuva EKG-seuranta ja välitön kardioversiovalmius

* Elektrolyyttihäiriöiden ja muiden altistavien tekijöiden korjaus

– QT-ajan pitenemiseen liittyvä proarytmia hoidetaan kuten kääntyvien kärkien takykardia, ks. 3.46.

* Beetasalpaaja voi pahentaa kääntyvien kärkien takykardiaa sykkeen hidastumisen vuoksi.

– Yhdenmuotoinen vallitseva kammio-takykardia voidaan yrittää pysäyttää endokardiaalisella tahdistuksella, ks. 18.62.

– Ryhmien IA ja IC rytmihäiriölääkkeen aiheuttamaa eteisvärinän ja eteislepatuksen kammiovasteen paradoksaalista nopeutumista hoidetaan ensisijaisesti beetasalpaajalla, mutta myös verapamiili tai digoksiini saattaa tulla kyseeseen.

* Jatkohoito tyypillisessä eteislepatuksessa on katetriablaatio.

– Jatkohoidon kulmakivi on rytmihäiriön aiheuttaneen lääkkeen käytön lopettaminen.

3.49 Kammiolisälyönnit

Antti Kivelä, Petri Korhonen

– Kammiolisälyöntejä todettaessa arvioidaan, onko taustalla jokin sydänsairaus tai muu tila, kuten hypertyreosi, hypoksemia, elektrolyyttihäiriö tai repolarisaation häiriö.

– Sairaalaan tulon aiheuttanut oire ja taustasairaus ratkaisevat tutkimustarpeen.

* Synkopeepotilaan kammiolisälyönnit vaativat huolellisen selvityksen erityisesti, jos taustalla on aiemmin sairastettu sydäninfarkti.

* Oikean kammion ulosvirtauskanavan lisälyönteihin liittyy joskus taipumus pitkäkestoiseen kammiotakykardiaan.

– Lisälyönnit yleistyvät sydäninfarktin 1. ja 2. vuorokautena. Tällöin kammiovärinän vaara on jo vähentynyt, ellei kyseessä ole

* laaja pumppausta heikentänyt infarkti

* paheneva iskemia.

– Kammiovärinään voivat johtaa

* T-aallon huippuun osuvat lisälyönnit (R-on-T)

* Kammioiden repolarisaation häiriöön (pitkä QT-aika) liittyvät lisälyönnit.

Hoito

– Lisälyöntien vuoksi päivystykseen tulevan sydämeltään terveen potilaan rytmihäiriötä tarkkaillaan ilman lääkitystä.

* Tarvittaessa voidaan kokeilla beetasalpaajaa tai diatsepaamia.

Lisälyönnit sydäninfarktissa

– Sydäninfarktin alussa, ST-segmentin ollessa koholla nopea liuotushoito (ks. 3.22) tai pallolaajennus (ks. 3.21).

* Riittävä beetasalpaus laskimoon annettuna.

* Käytetään lidokaiinia, jos lisälyönnit osuvat T-aallon huippuun tai ovat perättäisiä.